

كلية التربية
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

The Effect of Psychosocial Support Group Program in Decreasing the Stigma of Depressed Patients

اعـــداد

سميرة جميل الحسون

إشـــراف الدكتور

رعد لفته الشاوي

حقل التخصص- إرشاد نفسي

2013م

أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

إعـــداد

سميرة جميل محمد الحسون

بكالوريوس تمريض، جامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية، 1992م

ماجستير، ارشاد نفسي،جامعة اليرموك، 2007

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، في جامعة اليرموك، اربد، الأردن

وافق عليها

الدكتور رعد لفته الشاوي .... مشرفاً ورئيساً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعه اليرموك

الدكتور قاسم محمد سمور...عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعه اليرموك

الدكتور عبد الكريم محمد جرادات.. عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعه اليرموك

الأستاذ الدكتور محمد أحمد صوالحة ....عضواً

أستاذ في علم النفس، جامعه اليرموك

الاستاذ الدكتور سامي محمد ملحم ....عضواً

أستاذ في الإرشاد النفسي ، جامعه عمان العربية

تاريخ مناقشة الرسالة 11/11/ 2013

إهـــداء

إلى تلك الرموز الغريبة في هذا الكون المعجزة

إلى من قابلتهم وكانوا لي محطات أقف عندها

الى كل من علمني حرفا

إلى روح والدي رحمهما الله

الى سندي و عضدي وقوتي اخواني الرجال

الى ريحانة قلبي اختي

الى أولاد أخواني وأختي

الى زهور حياتي قيصر وسلمى وغنى ووقار

إلى كل من أحبني من قلبه بصدق

الى من تذوقت معهم أجمل وأصعب اللحظات صديقاتي وأصدقائي

الى كل من تألم وصبر

الى كل من يعاني من مرض نفسي

أهدي ثمرة جهدي

سميرة

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي علم بالقلم علم الانسان ما لم يعلم والصلاة والسلام على سيدنا محمد سيد العالمين ومرشد المرشدين وصحبه أجمعين.

مع اتمام هذه الاطروحة لا يسعني الا أن أتقدم بالشكر والعرفان لهذا الصرح الكبير قيمة ومكانة، جامعة اليرموك، التي أتاحت لي شرف اكمال دراستي لأصل لهذه المرحلة، وأتقدم بالشكر الجزيل لأستاذي وأخي الكبير في علمه وأخلاقه الدكتور رعد الشاوي، لما بذله من جهد مشكور بمنحي وقته وتوجيهاته وتفضله علي بالإشراف على اطروحتي، وأتقدم بشكري وتقديري لأعضاء لجنة المناقشة كل من الأستاذ الدكتور محمد صوالحة والأستاذ الدكتور سامي ملحم، والدكتور قاسم سمور، والدكتور عبد الكريم جرادات، والى كل من رافقني على مقاعد الدراسة من زملائي وزميلاتي.

وأتقدم بالشكر الجزيل لمستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي للسماح لي واعطائي الاذن الرسمي بتطبيق البرنامج، وأتقدم بالشكر لوزارة الصحة الأردنية للموافقة على تطبيق أدوات الدراسة في المستشفيات الأردنية الحكومية، وأتقدم بالشكر الجزيل جدا للمرضى الذين وافقوا للالتحاق بالبرنامج وتطبيقه عليهم، وأتقدم بالشكر الجزيل لجميع المرضى الذين قاموا بملء الاستبانة، وأتقدم بالشكر الجزيل لجميع الاساتذة والأطباء من جامعة اليرموك وجامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية ووزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية الأردنية الذين وافقوا على تحكيم المقياس والبرنامج الارشادي، واتقدم بالشكر لقسم الصحة النفسية في مستشفى الملك المؤسس ولجميع الطاقم التمريضي وللمرشدات النفسيات المتدربات في القسم، وأشكر الدكتور أوس الخصاونة لإشرافه على تطبيق البرنامج والدراسة.

سميره جميل الحسون

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص بالعربية

الحسون، سميرة، أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب.أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2013.(المشرف: د. رعد لفته الشاوي).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة الذاتية لدى مرضى الاكتئاب. ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام أداتين إحداهما مقياس الوصمة الذاتية مكون من 41 عبارة موزعة على أربعة أبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي، الديني)، ومقياس بيك للاكتئاب. وقامت الباحثة باختيار عينة قصديه من مجتمع الدراسة (المرضى النفسيين) المصابين ومشخصين اكتئاب ومقدارها (212) فردا لتطبيق أدوات الدراسة عليهم. تكونت عينة الدراسة التجريبية من (28) مريض ومريضة اكتئاب ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الوصمة ووافقوا للدخول بالدراسة وتطبيق البرنامج، قسمت العينة الى مجموعتين متساويتين: تجريبية تكونت من (14) مريض ومريضة طبق عليهم البرنامج الارشادي لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي من خلال (14) جلسة ارشادية وعلى مدى سبعة اسابيع، وضابطة تكونت من (14) مريضا ومريضة لم يطبق عليهم البرنامج.

أشارت النتائج الى وجود أثر لبرنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة الذاتية لدى مرضى الاكتئاب. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، حيث انخفض مستوى الشعور بالوصمة، وأشارت النتائج أيضاً لعدم وجود فروق دالة احصائياً على جميع القيم في توزيع الفقرات بين القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية وذلك لاستمرار تأثير البرنامج، وأشارت النتائج أن مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب بلغت 72%، وكان أبرزها لمجال البعد التمييزي وبدرجة مرتفعة وبنسبة بلغت 80%.

وخلصت الدراسة الى أهمية عمل دراسات معتمدة على برنامج محلي وطني يحارب وصمة المرض النفسي في الأردن تشترك فيه جميع الجهات المعنية، والعمل على تفعيل دور المرشد النفسي وبصورة عملية في جميع المستشفيات والقطاعات الصحية النفسية، وعمل برامج محلية وأقليمية مكونة من مجموعات دعم نفسية اجتماعية لمواجهة الظروف والأزمات التي تمر بها المنطقة، وعمل دورات تأهلية للمرشدين النفسين للقيام بمثل هذه البرامج، وعمل حملات توعوية وتثقيفية للمرضى النفسيين لمعرفة حقوقهم الانسانية والاجتماعية والقانونية، واشراكهم في تصميم وتقييم وتنفيذ البرامج المصممة لمكافحة الوصمة، والتعاون مع هيئات اقليمية ودولية لتمويل مثل هذه البرامج وتمويل الأبحاث النفسية التجريبية.

الكلمات المفتاحية: برنامج ، مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي، الوصمة، الاكتئاب.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدمـــة

يمر عالمنا العربي بكثير من النزاعات والنكبات والتغيرات المتسارعة وعلى جميع الأصعدة، منها السياسية والاقتصادية والاجتماعية والإنسانية، مما أفرز أزمات جديدة تشكل ضغوطات لها انعكاسات سلبية على الفرد، وجعل السعي للصحة النفسية مطلبا من المطالب المهمة عند الأمم، و تأتي الخدمات النفسية الاجتماعية على رأس القائمة في الخدمات الصحية النفسية التي لها تأثير في تفعيل أداء الإنسان المهني والأكاديمي والاجتماعي والشخصي، وتأثير في ابراز دوره الفعال في المجتمع وتطوره والنهوض به، ويأتي بلدنا الحبيب الأردن من أوائل الدول العربية من حيث العناية بالصحة النفسية والاجتماعية والاهتمام بالإنسان وحقوقه.

ومنطقتنا العربية توالت عليها النكبات واحدة تلو أخرى مما أدى إلى اضطراب عام في مجتمعاتها، وتعد اضطرابات العلاقات الإنسانية نتيجة لهذه النكبات والتي بدورها تؤدي بالإنسان إلى الاغتراب والانعزال الوجداني، والفقر العاطفي والشعور بفراغ الحياة وعدم جدواها وفقدان التوازن النفسي، وشعور الفرد بالعجز والتهديد (شقير، 2000).

ومع ضغوطات الحياة المتزايدة والأحداث العامة التي تمر بها الشعوب من بطالة، وتدني دخل، وغلاء وفقدان امان، وكوارث طبيعية وقلة خدمات، باتت الأمراض النفسية تهدد الكثير من الناس، وتعد الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي عامل مهم لقرار الفرد للجوء الى الخدمات النفسية والارشاد النفسي وأحد الأسباب المهمة في تدني الخدمات المقدمة في المجال

النفسي وعدم تقديم التمويل للبحوث والبنى التحتية التي تعيق التقدم في مجال الصحة النفسية (Martin, Lang& Olafsdottir,2008).

ويعد الاكتئاب مشكلة عالمية تضاف إلى الأزمات الاقتصادية والحروب والكوارث الطبيعية، واستنادا على أحدث التقارير الطبية لمنظمة الصحة العالمية، يقدر عدد المصابين بالاكتئاب محليا من الأردنيين مئتي ألف شخص، وفي دراسة حديثة قام بها اسميلوفا وحمود والخصاونة وشاو والباسل (smayilova, Hamoud, Alkhasawnh&El-Bassel, 2013). أظهرت أن 66% من الشباب الأردني لديه شعور بالحزن، و 49 %من نفس العينة لديه فقدان فرح، ونسبة 43 % من نفس العينة لديه أيضا فقدان الأمل بالحياة . ويسجّل الاكتئاب معدّلاً مرتفعاً عند الإناث وعند الشباب الذين تعرّضوا للعنف، وترتبط العلاقات العائليّة الجيّدة بمعدّل حالات اكتئاب منخفض، بينما يزيد نتيجة سوء الأحوال الاقتصادية، وكثرة تناول الكحول و التدخين.

ويصيب الاكتئاب أكثر من 350 مليون شخص من مختلف الأعمار حول العالم (World Health Organization, 2012) وتشير منظمة الصحة العالمية إلى ان اقل من 30% منهم يتلقون العلاج اللازم حيث أن معظم حالات الاكتئاب الشديدة قد تؤدي إلى الانتحار، وبحسبها فان عدد الأشخاص الذين يقتلون أنفسهم بسبب حالات الاكتئاب غير المعالجة في كل عام حوالي مليون شخص، فيما تقدر نسبة الأشخاص الذين يتعرضون لاضطرابات نفسية خلال فترة حياتهم بواحد من بين كل أربعة أشخاص حول العالم. ولكن بسبب الوصمة التي لا تزال في كثير من الأحيان تلحق بمرض الاكتئاب، يعجز الكثير عن الاعتراف بأنه مصاب به ولا يسعى إلى الحصول على علاج منه.

ويحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة بين أهم الأسباب المؤدية إلى الإعاقة والوفاة بسن مبكرة، حيث تشير أحدث التقارير الطبية التي نشرتها دورية الطب النفسي السريري الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بتصدر منطقة الشرق الأوسط قائمة الاكتئاب، خاصة مع وجود أكثر من 75% من الأفراد في البلدان النامية، ويطلق عليه مرض العصر، حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب إلى 7% من سكان العالم، ويؤدي إلى ما يقرب من 800 ألف حالة انتحار كل عام (الشربيني، 2003).

وتشير الدراسة الاستقصائية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عام (2011) إلى أنّ الاكتئاب يسهم في تفاقم الأمراض المزمنة، مثل الذبحة والتهاب المفاصل، ولكنّ الفحوصات لا تتمكّن من تشخيصه في كثير من الأحيان. والجدير بالذكر أنّ الاكتئاب يعد من المشكلات الصحية الكبرى، ففي عام 2002 كان ذلك المرض يشكّل 4.5 % من عبء المرض العالمي وتؤدي الأمراض النفسية التي تترك دون علاج الى خسائر كبيرة حيث تتسبب في 13% من اجمالي عبء المرض العالمي. ويعد اضطراب الاكتئاب أحادي القطب ثالث سبب لعبء المرض حيث يشكل 4.3 %من عبء المرض العالمي. أما التقديرات الخاصة بالبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل فهي 3.2 % و5.1 %على التوالي. وتشير الاحصائيات الراهنة الى أنه بحلول عام 2030 سيكون الاكتئاب السبب الأول لعبء المرض العالمي، وما زالت معدلات وفيات المصابين باضطرابات نفسية عالية كالاكتئاب الشديد الذي يزيد لديهم معدل الوفاة بمقدار 1.4 مقارنة بعامة السكان وذلك بسبب مشكلات صحية بدنية عدا عن عواقب خطيرة كالانتحار .

ويعد الأردن من أوائل الدول في العالم (من عشرين دولة) قامت بالتصديق على الحقوق الإنسانية للمريض النفسي وأصدرت ميثاقا بذلك. ويعد العبء الناجم عن الوصمة انتهاكا لحقوق

الانسان وحرياته الشخصية وإنكارا لحقوقه المدنية، والاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية، والثقافية (منظمة الصحة العالمية، 2005).

وتأتي محاربة وصمة المرض النفسي مع الاتفاقات الدولية لحفظ كرامة المريض النفسي وحفظ حقه بالعمل والتعليم والزواج والأمان وعدم تهميشه، وتعتبر أي نظرة غير صحيحة مشوهة بأفكار متراكمة مخطئة وعبارات مسمومة، تتضمن رفض مبطن للمريض النفسي في المجتمع اعتداء على الإنسان وحقوقه وزيادة عبئه ومعاناته اليومية له ولأسرته وسبب في فقدان حقوقه. ومن هنا انطلقت أهمية هذه الدراسة.

ويذكر الشربيني (2003) أن للمرض النفسي أعباء تكون على المريض نفسه وأسرته والمجتمع وهذه الأعباء تسبب له المعاناة وهي :

1. **العبء المعرف أو المحدد Defined Burden** : ويتمثل في العجز أو الإعاقة التي تنشأ عن الإصابة بالمرض النفسي وتأثيره على مواصفات الحياة quality of life، وتمثل نسبة أعباء الأمراض النفسية والعصبية 10.6% من مجموع الأمراض مجتمعة، كما تسبب بها ضياع 28% من سنوات الحياة للمرضى الذين يعانون منها.
2. **العبء غير المحدد Undefined Burden:** ويتضمن الخسائر المادية والاجتماعية التي تنشأ نتيجة الإصابة بالمرض النفسي، للمريض النفسي والعائلة والمحيطين به من أفراد الأسرة والمجتمع، ولا يمكن تقدير ذلك بالأرقام حيث يتضمن التكاليف المادية للعلاج والتأهيل، ونقص الإنتاجية، والأعباء النفسية على أفراد الأسرة وتأثر حياتهم وإنتاجيتهم.

3. **العبء الخفي Hidden Burden** : ويتمثل في الوصمة التي تسببها الإصابة بالمرض النفسي وانتهاك الحقوق الإنسانية الأساسية للمريض ويترتب على ذلك مشاعر العزلة والإذلال والحرمان من العلاقات الاجتماعية.
4. **عبء المستقبل Future Burden** : وهو توقع تزايد حالات الإصابة بالاضطرابات النفسية وما يترتب عليها من إعاقة نتيجة لزيادة انتشار الأمراض النفسية، وزيادة عدد المسنين، والتغيرات التي يشهدها العالم نتيجة الصراعات، التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على حصول المريض النفسي على حقوقه مثل حق العدالة في الرعاية والخدمات الصحية دون تفرقة، وحق الحرية للمرضى بأن لا يتم احتجازهم أو تقييد حريتهم، وحق الحماية من الانتهاك، وعدم التعرض للإساءة البدنية أو الجنسية، وحق الموافقة على العلاج دون إجبار، وحق تحكم المريض وسيطرته على أمواله وممتلكاته دون أن يغتصبها أحد.

وعلى مدى العقد الماضي ازداد الاهتمام بالصحة العامة والصحة النفسية وأهمية ازالة العبء عن المرض النفسي والعبء المخفي من الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي، مما أدى الى تبني برامج من هيئات عالمية مثل منظمة الصحة العالمية والهلال الأحمر واليونيسف، وباعتبار وصمة العار للمرض النفسي تحديا للصحة العامة أدى ذلك الى تبني برنامج عالمي لمكافحة وصمة المرض النفسي يشمل كندا، وإسبانيا، والنمسا، وألمانيا، وإيطاليا، واليونان، والولايات المتحدة، وبولندا، واليابان، وسلوفاكيا، وتركيا، والبرازيل، ومصر، والمغرب، والمملكة المتحدة، وشيلي، والهند، ورومانيا (Stuart, 2008).

ووصمة العار المرافقة لمرض الاكتئاب تختلف عنها من أمراض نفسية أخرى، ويرجع ذلك بشكل كبير إلى الطبيعة السلبية للمرض التي تجعل مريض الاكتئاب يبدو ضعيفا

وغير جذاب وغير موثوق به، مما يشعره بالخجل والسرية، وعندما تظهر وتترافق معها الاعراض البدنية من إرهاق، واضطراب بالنوم وضعف في الشهية وتبدو على المريض علامات الضعف الظاهرة للآخرين مما يؤدي به لتفسير ذلك بتفسيرات جسدية من أمراض معروفة كالمعدة والاجهاد والتعب، والوصمة الملصقة بالاكتئاب تبدو بالكلمات المختارة للتعبير عن الاعراض ولصق قوة الارادة والضعف والشجاعة التي تكون كالسهم الجارح في الوصمة الذاتية لمريض الاكتئاب وخصوصا اذا ترافقت مع الصورة الاساسية المتخيلة أن معظم المنتحرين هم من المكتئبين (Wolpert، 2001).

وبرامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي من البرامج الدولية المتبناة حديثا لإزالة الوصمة الملتصقة ببعض الامراض ومواجهتها مثل الايدز والمرض النفسي والجذام. لذلك تألف فريق مرجعي عام (2009) من 30 وكالة دولية (وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية وكالات الصليب الأحمر والهلال الأحمر) بمرجعية رئيسية لليونيسف ومنظمة الرؤية العالمية الدولية، مهمته وضع برامج تضمن مواصلة تفعيل نظام المجموعات من أجل ضمان الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (Inter-Agency Standing Committee, 2007)، وتبنت منظمة الصحة العالمية برنامج بشأن الصحة العقلية والدعم النفس – اجتماعي في حالات الطوارئ واعداد معايير للصحة النفسية، وخلال العقد الماضي نظمت برامج نفسية اجتماعية في حالات الطوارئ وما بعدها لتحسين الصحة النفسية في هايتي واندونيسيا والعراق والاردن ولبنان والصومال وسيريلانكا والجمهورية العربية السورية ضمن جملة من البلدان والمناطق (منظمة الصحة العالمية، 2011).

الاكتـــــئـــــــاب:

أولى الحالات الحقيقية للمرض في العهد القديم بما فيها التوراة حيث جاء اسم "شـــاؤول" الذي كان يظن أن المرض النفسي هو روح شريرة أرسلها الله، والذي دفعه مـــا يعانيـــه مـــن الاكتئاب إلى أن يطلب من خادمه أن يقضي عليه وعندما رفض الخادم إجابة الطلب لجـــأ إلـــى الانتحار (عكاشة وعكاشة، 2009).

ووصف أبقراط الاكتئاب بمصطلح الميلانوخوليا عام 450 قبل الميلاد، ويعتبر هو أول من درس هذه الأعراض ونظمها وحاول الربط بين المزاج المميـــز للـــشخص وبـــين نظريـــة الأخلاط الأربعة (الدم ، التراب ، البلغم ، الصفراء) وبين الشخصية، حيث رأي أن كل شخص لديه الاستعداد لحدوث أحد الأمراض الأربعة (الهوس، الميلانخوليا، البارانويا ، الجنون) حسب المزاج المميز له حسب الأخلاط، كما قسم ابن سينا الميلانخوليا إلي أربعة أقسام وذلـــك عـــام 850م، واستمر استخدام لفظ الميلانخوليا لوصف الاكتئاب حتى جاء كريبلين في نهاية القـــرن التاسع عشر(1886) وأدخل مصطلح الهوس الاكتئابي حتى يفـــرق بينهـــا وبـــين الخـــــرف المبكر(حمودة، 2004).

وفي العام 1621 نشر الطبيب الانجليزي روبرت بيرتـــون Robert Berto كتابـــه The Anatomy of Melancholia الذي عد فيه الاكتئاب مرضا عالميا، وفي القرن التاســـع عشر أصبح هذا المرض يحتل مركزا في أعمال الأطباء النفسيين، وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة الاكتئاب، واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسية، وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهما من برامجها لمواجهتـــه، حيـــث تقدر منظمة الصحة العالمية أنه في العام 2020 سيكون الاكتئاب ثاني اكبر مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب (الخطيب وسرحان وحباشنه،2001) .

ويرجع وصف الاكتئاب والأمراض العقلية إلي ما سجله الفراعنة 2600 سنة قبل الميلاد حين تحدثوا عن الرغبة في الموت والكسل والنوم الزائد، وذكرت أعراض الاكتئاب في إلياذة هوميروس في القرن الثامن قبل الميلاد (المدني وإسماعيل،2010).

تعريف الاكتئاب:

التعريف النفسي :

المعنى اللغوي للاكتئاب هو انكسار النفس من شدة الهم والحزن (الخطيب وسرحان وحباشنه،2001)، أما من الناحية النفسية فالاكتئاب هو مجموعة من الصور المرضية التي تتفاوت من مجرد اضطراب نفسي كاستجابة طبيعية لظروف ومواقف ضاغطة في الحياة تواجه الإنسان، إلى حالة من الاضطراب العقلي الواضح قد يصعب التعرف على باعث أو مثير لها يستدعي قيام تلك الحالة (إسماعيل، 1990).

وتعرفه منظمة الصحة العالمية (1999) أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد يؤثر في أداء الشخص وحياته واستقراره وهو أيضا شعور بالضيق والحزن مع اليأس، وقد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد .

ويعرف بيك (Beck, 1997) الاكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يتسم بخمسة عناصر أساسية أولا: التقلب المزاجي الذي يشمل الحزن، والشعور بالوحدة، والذنب. ثانيًا: مفاهيم خاصة عن الذات تشمل لوم الذات، انخفاض تقدير الذات. ثالثًا: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل الرغبة في العزلة، والموت. رابعًا: تغيرات جسمية تشمل الأرق، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة الحيوية. خامسًا: تغير في مستوى النشاط ويشمل القصور، والبطء. وينظر "أرون بيك" إلى الاكتئاب أنه مجموعة أعراض مكونة من خمس فئات (المعرفية ، الوجدانية ، الدافعية السلوكية ، مظاهر عضوية ، تقدير الذات) (بيك وستير ،1996).

أما زهران (1978) يعرف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج للظروف المحزنة الأليمة وتعبير عن شيء مفقود وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

التعريف الطبي:

تعرف جمعية الطب النفسي الامريكية (American Psychiatric 2000 Association,) الاكتئاب بأنه اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، وبحدوث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدره على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار.

ويعرف عكاشة (1992) الاكتئاب بأنه حالة من انخفاض في المزاج وانخفاض في الطاقة وقلة في النشاط، وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس كثيرا مع وجود بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب.

التعريف السلوكي:

هو اشتداد حالة الوعي الذاتي حول الافتقار لمهارات التأقلم مع البيئة المحيطة، التي غالباً ما تؤدي إلى انتقاد الذات والانسحاب من التعامل مع الأشخاص الآخرين، وبالتالي تؤدي إلى تجنب الوظائف الاجتماعية وتجنب الاضطرار الى القيام بأي من الأعمال التي تبدو مجزية، وخصوصا اذا ترافقت مع عدم الحصول على التعزيز الايجابي من البيئة المحيطة Nemade, (Reiss, and Dombeck ,2007).

وتعرف الباحثة بناءا على ماسبق الاكتئاب بأنه حالة من اضطراب المزاج ينشأ من اضطراب فسيولوجي مرتبط بظروف محيطة من إحباطات وحزن، ويتفاوت بشدته تبعا للظروف المحيطة ومستوى الدعم النفسي الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد.

أسباب الاكتئاب والنظريات المفسرة :

1. **الأسباب الوراثية :**

تعتبر سبب من أسباب الإصابة بالمرض ولا يعرف لحد الآن الأسلوب الدقيق لنقل المورثة المسؤولة عن الكآبة و يعتقد أنها قد تنتقل بواسطة مورثات جسمية مهيمنة أو مورثات جنسية محمولة على الكروموسوم X، إلا أن العديد من الأطباء النفسيين لاحظوا من خلال متابعتهم الكثير من الحالات أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون منتقل من أحد الوالدين وهذا ما يؤدي إلى إصابة طفلهما بنسبة 25 – 30% ، وإن كان كلاهما مصاباً فإن نسبة الإصابة ترتفع إلى 60 % وتستند على ما كشفته البحوث من وجود تماثل في شيوع هذا الاضطراب في أسر دون أخرى، وشيوعه بين التوائم حتى ولو نشئوا في ظروف اجتماعية مختلفة مما يوجد تفسيراً وراثياً (إبراهيم ، 1998). فنسبة الإصابة بالاكتئاب بين التوائم المتشابهة تصل إلى 65% والتوائم المتآخية حوالي 14% وتقل الإصابة بين أفراد العائلة (عكاشة ، 1998).

2. **عدم التوازن الكيميائي :**

اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة فالبعض يفسر ذلك نتيجة نقص في أحاديات الأمين من الناقلات العصبية Neurotransmitters، مثل الدوبامين، والنورأدرينالين، والسيريتونين، الذي يؤدي الى خلل في توازن الناقلات العصبية المسؤولة عن تنظيم الإيعازات العصبية في خلايا الدماغ، ولذلك تعتبر الأدوية التي تساهم في رفع نسبة مادة

السيروتونين في الجسم من أكثـر الأدوية انتشاراً في العالم لعلاج الكآبة (الخطيب وسـرحان وحباشنه،2001). كما أن إفراز بعض الهرمونات يؤدي إلى حـدوث اضطراب في خلايا المخ التي تحتوي على مثيرات كيميائية، وقد بينت سلسة من الدراسات أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للإختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، وقد تبين أن هذا الاختلال يؤثر مباشرة في إمكانيات الإحساس بالراحة، مما يؤثر بدوره في إثارة الأعصاب (إبـراهيم ، 1998).

3. الأسباب الجسمية :

يوجد عوامل جسمية تعمل على تقليل قدرة بعض الناس على التحمل والتكيف، فينهارون عند تعرضهم لمواقف بسيطة يستطيعون تحملها بالظروف العادية، مثل الاصابة بداء باركنسون واضطرابات الغدد الصماء وارتجاج المخ، أو بعد الولادة، أو الأنفلونزا الشديدة، وأحياناً وفي حالات الإصابة بالحمى والتسمم وأيضا استخدام بعض الأدوية مثل مضادات الضغط وقرحة المعدة (عكاشة، 1998).

4. الأسباب الاجتماعية :

دلت الدراسات على أهمية السنوات الأولى للطفل في بنائه النفسي، وتأثير هذا البناء في إمكانية حدوث الاكتئاب في المستقبل، مثل الحرمان من الأم والعلاقات بين الوالدين، سـواء أكانت تتمثل في الإهمال أم زيادة الرعاية، بالإضافة للظروف الاجتماعية والبيئية الـصعبة التي يعيشها البعض (الخطيب وسرحان وحباشنه، 2001).

ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تسبب الاكتئاب هي الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد حبيب أو مفارقته أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقـد الكرامة والشرف، وعلاقة الطفل بأمه، فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقـة

حسنة فإن الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية ومملوءة بـالألم، وامتـصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطئ في مواجهة المشاكل، والتربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، وأسلوب التنشئة في المدرسة، وأثر الرفـاق علـى الطفـل، والوحدة، والعنوسة، وسن القعود، والتقاعد، والطلاق، والفشل العاطفي، والهجرة من الوطن (بركات، 2000).

النظريات المفسرة للاكتئاب :

النظرية التحليلية :

اتفق فرويد وأبراهام على أن الاكتئاب نكوص للمرحلة الفمية الـسادية فـي التطـور الجنسي للشخصية، و تمثل أعمال فرويد وتلميذه أبراهام أول تفسير سيكوديناميي للاكتئاب، فهما يعزوان الاكتئاب لكبت الغرائز، وما ينجم عن ذلك من عدوان متحول، واعتمادا على تفـسيرات أبرهام وسع فرويد من تفسيراته للاكتئاب و الغرائز، وصور الاكتئاب بتحول الانفعالات السالبة إلى الداخل واعتبر بذلك الاكتئاب عدوانًا على الذات (Champion, 1992)، حيث أن المكتئب ينكص للمرحلة الفمية ويحمل شعورا متناقضا من ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد الإحساس بالحب والكراهية والنبذ، وعندما يصاب الإنسان بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص، ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحـب المفقـود يمتص طاقته ويدمجها نحو الأنا، ويرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفـسية خـلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين مـن الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا الأعلى (عكاشـة، 1998)، لذا تبدو أعراض مثل مظاهر العدوان والإنكار والشعور بالـذنب والعـار والإسـقاط

والتقمص والإدمان، فالاكتئاب بوصفه سلوكاً، محاولة لاحتفاظ الأنا بتكاملها وتقليل من الشعور بالذنـــب عن طريق الألم، وتقليل من العداوة بالانسحاب وتحريك الآخـــرين ومحاولة السيطرة (جلال، 1986) .

نظرية الذات :

يرى روجرز في العلاج المتمركز حول الشخص ان الاضطراب النفسي ينتج عندما يفشل الفرد في استيعاب وتنظيم الخبرات الحسية العقلية التي يمر بها، إضافة إلى الفشل في تنمية المفهوم الواقعي للذات، ووضع الخطط التي تتلاءم معه، لذا أفضل طريقة برأي روجرز لتغيير السلوك هي تنمية مفهوم ذات واقعي موجب، حيث بينت الدراسات إن مفهوم الذات يكون مشوهاً بعيداً عن الواقع لدى المرضى عقليا، ويرى أصحاب هذه النظرية أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود أفكار عن نفسه يشعر معها بالضعف، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته، فيحاول جاهدا اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت أنه أحسن مما يشعر، ويستمر في هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه، وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف، فيعتريه الاكتئاب (جلال، 1986) .

نظرية التعلم :

يمكن النظر للاكتئاب حسب التفسير السلوكي على أنه وظيفـــة للتعزيـــز الخـــاطئ أو التعزيز الكافي، ويمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافي، كانسحاب الحـــب أو العطف والتأييد مع موت أحد الأقارب (العبيدي، 2004)، ويركز التفسير السلوكي علـــى أكثر الأعراض وضوحاً في الاكتئاب، ألا وهو انخفاض درجة السلوك، والذي يطلق عليـــه

القصور الدافعي، أي القصور بالدافعية، ويرى السلوكيون أن السلوك قد تم إطفاؤه من خلال معدل منخفض من الاستجابات التي تقترن بالإثابة، بمعنى أن المكتئب لا يمكنه العمل على قيام أحداث مبهجة مثيبة بمعدل يكفي لدفع السلوك الفعال (إسماعيل، 1990) .

نظرية العجز المتعلم :

ظهرت هذه النظرية على يد العالم سليجمان 1975م، وتشير هذه النظرية في تفسيرها للاكتئاب إلى أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة تؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة ويتبع ذلك أعراضه الأخرى، وبنيت هذه النظرية على أساس نظرية التعلم في الحيوانات وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات حزن شديدة ومشقة تثير العجز، ويرى سليجمان أن مواجهة الفرد لأحداث شاقة ومؤلمة مستمرة خارجة عن نطاق السيطرة وادراكها يؤدي الى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل وتؤدي الى حالة من القصور وقلة الحيلة وتؤدي إلى اللامبالاة ، والانسحاب وعدم الاستجابة ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى (عكاشة، 1998) .

النظرية المعرفية :

اعتقد بيك ورفاقه أن الاكتئاب يعد اضطرابا في التفكير وليس في الوجدان، حيث لدى المكتئبين حالات معرفية سالبة تجعلهم يركزون على نواحي القصور والنقص والعيوب الشخصية فقط، مما يساعد على وجود المزاج الحزين، الذي يؤدي بدوره إلى الاكتئاب، ويتصف المكتئبون بأن لديهم مخططا ذاتياً معرفياً سالباً يستبعد بطريقة انتقائية المعلومات الموجبة عن الذات، ويستبقي السالبة، ويحتمل أن يعزى إلى كثرة النقد والأوامر والنواهي التي

يتلقاها الطفل من والديه، أو قد يعزى إلى أحداث الحياة السالبة القوية، وتشكل هذه المخططات المعرفية السالبة أساسا لتطور ما يسميه بيك المثلث المعرفي السلبي ويطلق بيك على هذه المخططات السالبة مصطلح التشويه المعرفي، وتتوالى أعراض الاكتئاب طبقا لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، ويرتبط الوجدان مع العنصر المعرفي، بين حدث ما، ورد الفعل العاطفي لهذا الحدث لدى الفرد بصورة معرفة، أو بتفكير تلقائي طارئ يعد محدداً للوجدان الاكتئابي الحادث. وعندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة في تقديرها للحدث، فإن المشاعر ستكون غير ملائمة للحدث، وطبقا "لبيك" فمشاعر البؤس وقطع الرجاء أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام، كما لاحظ "بيك" عدم التجانس بين مفهوم الاكتئاب ومرض الاكتئاب، وقام بدراسة المفهوم من خلال خمس نقاط أساسية شملت الأنماط المعرفية في الأحلام، والعلاج النفسي، وحوادث الحرمان في الطفولة، وطبقاً لبيك فإن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية ووجدانية ودافعية تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي الذي يميز المكتئبين عن غيرهم، إذ أن تفكير المكتئبين عن غيرهم يقوم على ثلاثية معرفية من الأفكار السلبية والتقويم السلبي للذات وللحياة وأحداثها الواقع وللمستقبل (الحسين، 2002).

فالمكتئب يرى أنه غير كفؤ ومخفق وغير قادر على تحقيق أهدافه، كما يرى الحياة جافة وقاسية ومليئة بالصعاب والعقاب، كما يرى أحواله السيئة لن تتغير وأنه لا أمل له في تحسين ظروفه، ومن أهم الأخطاء المعرفية التي يقوم بها المكتئبون حسب تفسيرهم للأحداث: الوصول إلى استنتاج خاطئ دون دليل، والتعليل الانتقائي، والمبالغة في التعميم، أيضا التضخيم أو التقليل ولوم الذات والإحساس بالذنب والمسؤولية (Beck, Rush, Shaw & Emry, 1979).

أعراض الاكتئاب :

حسب ما ورد عن منظمة الصحة العالمية (1999) وعكاشة (1998) :

1- أعراض فسيولوجية :

وهي من أهم الأعراض التي تمييز الاكتئاب، فقد يعاني المريض من:

1- اضطرابات في النوم، أرق شديد، وخاصة اليقظة قبل الفجر الذي يجعل حياة المريض معاناة وألم، فيبدأ من صعوبة في النوم والتقلب في الفراش لساعات طويلة مع الأحلام المزعجة والكوابيس، ومن ثم القلق والاستيقاظ في الفجر، وعدم القدرة على النوم مرة أخرى.

2- فقدان الشهية، فيرفض الطعام .

3- الصداع، وألآم الظهر، صعوبة في التنفس وضغط على الصدر، وألآم روماتيزمية.

4- إمساك، الذي قد يستمر لشهور وممكن لسنوات.

5- اضطراب الطمث للمرأة.

6- اضطرابات جنسية، التي قد تؤدي إلى فقدان القدرة الجنسية .

2- أعراض نفسية:

1-قد يشعر بفقدان الإحساس بأهميته وضعف الثقة بالنفس وعدم القيمة وأكثر الأعراض تأتي صباحاً.

2-البؤس والآسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه.

3- الشعور بالفشل والذنب وتنقيب بالماضي، ويأتي المريض بتفسير لما يحدث مع إحساسه بالذنب والخطيئة.

4- وهامات مثل أعضاء الجسم لا تعمل بكفاءة مثل الجهاز الهضمي أو الرئة متوقفة عــن التنفس.

5- هلوسات، مثل هلاوس سمعية يغلب عليها الإهانة والشعور بالذنب.

6- قد يعاني من أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع .

3- أعراض سلوكية :

1- يعاني المريض من هبوط حركي وكسل عام وخمول ذهني وجسدي، الذي يصل أحيانا إلى الشلل العام .

2- الانطواء والانعزال والانسحاب والوحدة والسكون والصمت والشرود والذهول.

3- حزن شديد وتعابير وجه حزينه وجلسات منحنية وبكــاء بــشكل متكــرر(جــردات، 2012).

4- قد يتوقف المريض عن الطعام والكلام والشراب.

5- محاولة ايذاء النفس أو الانتحار والابتعاد عن المجتمع.

6- إهمال النظافة الشخصية والمظهر والعناية بالنفس .

وفي بعض الحالات قد يعاني المريض من :

- فرط حركة

- اهتياج ويشعر بالتوتر الشديد، ويصبح في حالة شديدة من الإثــارة والتهــيج ، ولا يستطيع الجلوس.

أعراض الاكتئاب حسب ما ورد في الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع المعدل TR للاضطرابات النفسية عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2001) :

أ- إن الاكتئاب يشخص إذا كان عند الشخص خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال نفس مدة الأسبوعين، وهي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد على الأقل من هذه الأعراض هو(1) المزاج المكتئب، وأما (2) فقدان الشغف أو اللذة :

1. المزاج المكتئب أو الحزين معظم ساعات اليوم وكل يوم تقريبا، أما بالتصريح الذاتي أو المراقبة.
2. فقدان البهجة والمتعة في غالبية النشاطات اليومية وكل يوم أما بالتصريح الذاتي أو المراقبة.
3. نقص كبير بالوزن، بدون اتباع حمية، أو زيادة كبيرة فيه (مثل : تغير في الوزن يتجاوز 5 % في شهر واحد)، أو نقص أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا.
4. النوم أو الأرق أو زيادة ساعات النوم كل يوم تقريبا.
5. تهيج أو تأخر نفسحركي كل يوم تقريبا(ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية بالقلقلة أو الوهن).
6. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
7. الأحساس بانعدام القيمة أو الاحساس المفرط أو غير الملائم بالذنب (والذي قد يكون ضلاليا) كل يوم تقريبا (لا مجرد توبيخ الذات أو الشعور بالذنب لتسببه في مرضه).
8. نقصان القدرة على التركيز أوالتفكير، أو التردد، تقريبا كل يوم (اما بالتصريح الذاتي أو كما يلاحظه الآخرون).
9. أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد خوف من الموت)، أو تفكير متكرر في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار .

ب-لا تفي الأعراض بالمعايير الخاصة بالنوبة المختلطة.

ج- تؤدي الأعراض الى كرب دال اكلينيكيا، أو اختلال بالأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

د- الأعراض ليست نتيجة سوء استخدام بعض العقاقير أو نتيجة بعض الأعراض الجسمية.

هـ- لا يمكن تعليل الأعراض تعليلا أفضل بوصفها (ثكلا) أي فقدان عزيز.

تصنيف الاكتئاب (الحفني، 1992) و (عفيفي،1989) :

يختلف تصنيف الاكتئاب باختلاف أعراضه وأسبابه وشدته، فهناك من يصنف الاكتئاب لصنفين فقط هما :

1. **الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression**) ويسمى الداخلي والعقلي وينتج عن سبب عقلي بحت وليس سبب شعوري أو غير شعوري ولكنه يرجع لاضطراب بالجهاز العصبي المركزي.

2. **الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression)** ويسمى الخارجي أو النفسي ويرجع لعوامل فردية لا شعورية ورد لظروف خارجية

وهناك من يزيد تصنيف ثالث :

3. **الاكتئاب التفاعلي(Reactive Depression)** الذي يعتبر ردة فعل للظروف الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو تهديد، وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية للظروف المسببة له .

ويتفق الباحثون (عكاشة، 1998؛ عيسوي، 1992؛ العبيدي، 2004؛ الكحيمي وحمام مصطفى،2003) على تصنيف الاكتئاب من حيث الشدة الى:

1- الاكتئاب الخفيف :

توجد فيه أعراض خفيفة من الحزن والإجهاد، وثبوط العزيمة، وعدم الشعور بلذة الحياة، ويزداد شعور المكتئب بالتعاسة وعدم الثقة بالنفس، وتطول فترة النوم عند الشخص، ويعاني من الإمساك.

2- الاكتئاب الحاد :

وفيه تظهر أعراض الاكتئاب بشكل مفاجئ نتيجة حادث طارئ مع مشاعر قوية بالكراهية والعدوان نحو الذات، وقد توجد بعض الهلاوس من النوع السمعي .

3- الاكتئاب الذهولي:

وهو حاد جدا، يكون فيه المريض راقدا دون حركة وليس له استعداد للإجابة فيعزف عن الطعام والشراب .

4- الاكتئاب المقنع:

لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب، بل علامات أخرى مثل كثرة الحركة والعبث بالأشياء وتكسيرها، وأفعال تدل على ميول عدوانية .

5- الاكتئاب المزمن :

وفيه تظهر أعراض الاكتئاب وتستمر لفترة طويلة، ويكون الفرد معروفا عنه قبل ظهور الأعراض التباطؤ الحركي .

ويصنف دليل التشخيص الإحصائي الثالث DSM III المشار اليه في (الحسين ،2002) الاكتئاب الى:

1- الاكتئاب السوداوي (Melancholic Depression).

2- الهوس الاكتئابي أو ما يسمى بالاضطراب ثنائي القطب (Manic – Depression).

3- الاكتئاب الذهاني (Psychotic – Depression) .

4- الاكتئاب الفصامي (Schizo- Depression) .

5- الاكتئاب العصابي أو العصابي الاكتئابي (Depressive Neurosis) .

ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV) الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Association, 1995) الاكتئاب إلى :

1- اضطراب المزاج أحادي القطب Unipolar :

وتظهر فيه أعراض الاكتئاب إما على شكل نوبة واحدة أو نوبات متكررة، ويتميز بوجود فترات انتكاسية وفترات يتحسن فيها مريض الاكتئاب، وقد تكون الأعراض الاكتئابية مصحوبة بأعراض ذهانية مثل الهلاوس والأوهام، أو أعراض سوداوية .

2- اضطراب مزاج ثنائي القطب Bipolar :

ومنه هوس خفيف الشدة (النوبة الحالية)، ونوبة هوس بدون أعراض ذهانيـة، ونوبـة هوس مع أعراض ذهانية، واكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أو بدون أعـراض جـسدية، وأيضا اكتئاب شديد بدون أو مع أعراض ذهانية.

ويصنف الدليل التشخيصي الأحصائي الرابع للأضطرابات النفسية (2001) الاكتئاب الى:

1- اضطراب الاكتئاب الكبير، نوبة مفـردة Major Depressive Disorder, Single Episode .

ويشترط فيه وجود نوبة اكتئاب عظمى واحدة، ولم تكن هناك نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس خفيف، ولا يمكن تعليله بوصفه اضطراب فصام وجداني، أو اضطراب ضلالي أواضطراب فصامي الشكل، أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر.

2- اضطراب الاكتئاب الكبير، الراجع Major Depressive Disorder, Recurrent

وجود نوبتين أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى، ولم تكن هناك نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس خفيف، ولا يمكن تعليله بوصفه اضطراب فصام وجداني، أو اضطراب ضلالي أو اضطراب فصامي الشكل، أو اضطراب ذهاني غير معين على أي نحو آخر.

3- اضطراب الاكتئاب العصابي (الدسثيميا) Dysthymic Disorder.

يعاني المريض مزاج مكتئب معظم اليوم لمدة سنتين، وجود أثنين أو أكثر من (ضعف الشهية أو الافراط بالأكل، الأرق أو فرط النوم، نقص الطاقة أو التعب، نقص اعتبارات الذات، ضعف التركيز، فقدان الأمل)، لم يحدث على الاطلاق أن خلا المريض من الأعراض المذكورة لمدة تتجاوز الشهرين، ولم تكن هناك نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس خفيف، ولا اضطراب المزاج النوابي، ليست الأعراض نتيجة تناول أدوية أومرض جسمي وليست أثناء المسار المرضي للذهان أو الفصام أو الاضطراب الضلالي وتسبب الأعراض كرب دال اكلينيكيا.

4- الاضطراب الاكتئابي غير معين على أي نحو آخر ومنه:

- اضطراب عسر المزاج قبل الطمث Premenstrual Dysphoric .
- اضطراب الاكتئاب الصغير Minor Depressive Disorder .
- اضطراب الاكتئاب الوجيز Recurrent Brief Depressive Disorder .
- اضطراب الاكتئاب بعد الذهاني للفصام .

.Post-psychotic depressive disorder of schizophrenia Residual

- نوبة اكتئاب عظمى مقحمة على الاضطراب الضلالي، أو الاضطراب الذهاني غير المعين على أي نوع آخر، أو المرحلة النشطة للفصام.

- المواقف التي استنتج فيها الممارس أن هناك اضطراباً اكتئابياً، ولكن لا يستطيع تحديده (اضطراب أولي، مرض جسمي أو استخدام مواد).

أما التصنيف الخامس DSM-V الجديد American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA) الذي صدر في 18 مايو 2013 أبقى تصنيف الاكتئاب كما هو مع التعديلات التالية على DSM-IV-TR :

- تم استبعاد الفجيعة (The bereavement) من الاضطرابات الاكتئابية. (Stetka &, Correll , 2013)

- اضافة اضطراب جديد يسمى اضطراب التقلبات المزاجية للأطفال حتى سن 18 سنة New disruptive mood dysregulation disorder (DMDD).

- انتقل اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي من ملحق لمزيد من الدراسة، وأصبح (الاضطراب) .

- أضيفت محددات لأعراض مختلطة وللقلق، جنبا إلى جنب مع التوجيه للأطباء من أجل الانتحار.

والمرضى النفسين عوملوا على مر العصور بطرق عديدة وغريبة، مما ساعد في ظهور معتقدات خاصة بالمرض النفسي كونت مفاهيم خاطئة ومغلوطة حول هذه الأمراض، ففي عهد أبقراط كان المرضى النفسين يوضعون بمعبد وتقدم لهم القرابين وتقام لهم الصلوات

والابتهالات، وفي العصر المسيحي كانوا يجوعون ويقيدون بالأغلال ويجلدون بالسياط، وفي العصور الوسطى شاعت معتقدات خرافية عن فاعلية السحر وغيره، ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض وكان المرضى يتعرضون للمعاملة السيئة، أخفها التقييد بالأغلال المثبتة بالحوائط لفترات تصل إلى عشرات السنين (عكاشة وعكاشة، 2009).

وتظهر هذه المعتقدات الخاطئة بشكل وصمة محيطة بالاضطراب العقلي وبهيئة حكم مسبق، ريبة، خوف، ارتباك، غضب، أو ابتعاد، وتؤدي تلك الوصمة إلى تجنب المعيشة وتجنب التفاعل الاجتماعي، وتجنب العمل مع المصابين باضطرابات عقلية وخاصة الاضطرابات العقلية الشديدة مثل فصام العقل، وتقف تلك الوصمة حاجزا في طريق طلب الرعاية الصحية، وتؤدي في أشد درجاتها إلى تمييز، وإساءة، وامتهان، وتقف حاجزا في طريق المشاركة التامة للمصابين مع المجتمع (الغانمي،2001).

الوصمة Stigma:

تعرف الوصمة لغوياً بأنها: العار، وهي العَيْبٌ أو عار وَصْمَة عار أو ما يعيب وينال من الشّرف (مجمع اللغة العربية،2004). وتعني أيضا: وجود علامة تتضمن الإساءة إلى من يحملها، أوهي دلالة على الارتباط بشيء يدعو للخجل المعيب، وهذا هو نص التعريف الذي أوردته بعض المعاجم اللغوية (Stigma: burnt sign on a slave or mark of shame) وحين نصف شخصاً ما بشيء مخجل معيب فإننا في هذه الحالة نلصق به الوصمة (Stigmatize) "نصمه" (Alsherbiny & Qurishi,1994).

والوصمة كما يعرفها (Sartoriu et al, 2010) في دليل الجمعية العالمية للطب النفسي :

هي على نطاق واسع، تشمل الصور النمطية السلبية والمعتقدات الضارة لدى الناس، فضلا عن الممارسات التمييزية أو غير المنصفة التي يمكن أن تنتج عن ذلك، والتمييز قد يحدث على

مستوى الفرد، من خلال التفاعلات بين الأفراد، وكذلك على مستوى الهياكل الاجتماعية بسبب السياسات غير العادلة، والممارسات والقوانين، والعار هو العيب وهو يختلف باختلاف المجتمعات والعادات .

والوصمة هي التصاق العيب بالشخص، فالمريض النفسي يقابل بالكثير من التحامل فهو في حين يلام على مرضه حيث يعتقد البعض أنه تسبب به لنفسه، وفي حين آخر يطالب بالتغلب على مرضه ويعتبر عائبا إن هو فشل في ذلك، و ينظر إليه كشخص شاذ، وفاشل، وخطر ولا يمكن التنبؤ بتصرفاته، إن وصمة العار هذه لا زالت تشكل حاجزاً مانعاً وتسبب بعزوف ما يقارب ثلثي الأشخاص المرضى بمرض نفسي عن طلب العلاج .

وكلمة الوصم في اللغة الإنجليزية هي كلمة يونانية الأصل، تشير إلى وجود علامة جسدية في صورة وشم تم وضعه بالحرق أو الحفر في أجساد المجرمين أو العبيد أو الخونة من أجل تمييزهم ظاهرياً على أنهم أشخاص منحرفين وسيئي الخلق واستعمل الإغريق مصطلح (ستكما) للإشارة إلى العلامة التي كانوا يعملون بها جسد الشاذ أو السيئ من أجل أن يتجنبه الآخرون(الغانمي،2001).

والوصمة هي الشعور بالازدراء الذي يعني التجاهل الاجتماعي ونقص القيمة من قبل المجتمع عموماً، والابتعاد الكلي عن الفرد بناء على خاصية معينة متغيرة ومرفوقة من قبل مجموعة أو عرقية معينة، وهي بعض السلوكيات المرفوضة وتسبب التمييز للفرد وحمل فكرة معينة عنه والعزلة والتجاهل وفقدان المكانة (Hinshaw, 2007).

ظهر مفهوم الوصمة في نظرية التصنيف Labeling لجوفمان Goffman في كتابه "الوصمة" عام 1963، ويشير إلى علاقة التدني التي تجرد الفرد من أهلية القبول الاجتماعي الكامل. وركّز Goffman على المشاكل الناجمة عن وصم الأفراد والجماعات، وعلى آليات

التكيف التي يستخدمونها لمجابهة هذه المشاكل، والوصمة التي يُوصم بها الفرد قد تكون جسمية (العدوى بأمراض جنسية)، أو وثائقية (صحيفة حالة جنائية)، أو قرينيه (صحبة سيئة)، سـواء كانت منسوبة أو مكتسبة.

وقام Goffman المشار إليه بالغانمي (2001) بإدخال مصطلح (ستجما) إلى علم الاجتماع ، وذكر أن هناك ثلاث حالات قد تجلب الوصمة، وهذه الحالات هي:

1. اضطراب السلوك كما في الاضطرابات العقلية.
2. العوق الجسدي كما في الطرش.
3. الانتساب إلى دين أو قومية أو عرق.

وأكد Goffman أن الوصمة تنجم عن الفشل في التعامل مع الموصومين أكثر مما تنجم عن طبيعة الحالة الموصومة نفسها، كما أكد أن شدة الوصمة تختلف باختلاف مما يلي:

- درجة (فضح– ستر) الحالة الموصومة.
- الخلفية التي تقف وراء الحالة الموصومة، فاضطراب السلوك الذي يقف وراءه تنـاول الكحول أشد وصمة من اضطراب السلوك الذي يقف وراءه تخلف ذكائي.
- درجة التشوه (مقابل الجمال) المصاحب للحالة الموصومة.
- درجة الإزعاج التي تجلبها الحالة الموصومة إلى الآخـرين خـلال عمليـة التفاعـل الاجتماعي، ولهذا فأن الطرش أشد وصمة من العمى(إن درجة التشوه منفردة لا تقرر شدة الوصمة، بل ما يصاحبها من درجة إزعاج الآخرين وهو الذي يقرر شدة الوصمة فعلى الرغم من أن الطرش أقل تشوها من العمى، إلا أنه أكثر إزعاجاً إلى الآخرين من العمى، لذلك فانه أشد وصمة من العمى) .

وبناءا على ما سبق تعرف الباحثة الوصمة: بأنها الشعور الداخلي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته بالخزي والحرج لوجود مسبب مثل المرض النفسي، ينعكس سلوكياً بفعل تجنبي للمواقف الاجتماعية والمهنية والعاطفية خصوصا اذا ترافقت بأفعال وعواطف تمييزية ضد الموصوم.

ويكاد يكون انتشار ظاهرة وصمة المرض النفسي عاماً في مختلف ثقافات الشرق والغرب، ولا يمكن وضع تقدير كمي لقياس وجود الوصمة في مجتمع ما، غير أن الدلائل يمكن أن تعطي انطباعاً بحجم وتأثير الوصمة في المجتمعات العربية من خلال الملاحظة والممارسة، وهنا نؤكد بناء على دراسات مختلفة وجود الوصمة في المجتمعات العربية نحو المرضى النفسيين والطب النفسي والعيادات والمصحات العقلية كما يؤكد ذلك دراسات متعددة (Alsherbiny&Qurishi,1994).

جذور وصمة المرض النفسي :

وصمة العار هي مصطلح يعبر عن صفة اجتماعية عامة الأصل وهي علامة توضع على العبيد لتمييزهم، ولكن في هذا الوقت الحالي لا يوصم الأفراد بوصمات عضوية، ولكن يوصموا بانتمائهم إلى فئات أو أصناف تعتبر شاذة أو غير مألوفة (Falk,2001)، والمنظمات العالمية اهتمت بالوصمة (وصمة المرض النفسي) لتأثيرها على المجتمع والعائلة والفرد تجاه المرض.

والوصمة توصف عندما يحدث فعل التجنب وعدم الحماية لشخص أو مجموعة، وممكن أن يعبر عن الوصمة في الأمراض مثل الصرع، والأمراض المعدية كالأيدز، والسمنة، والإدمان، وأمراض العجز والأمراض العقلية أو النفسية.

وتعتبر الوصمة من المعيقات المحيطة بالمرض والتي تبعد المريض عن تلقي العلاج المناسب وفي الوقت المناسب، وتعتبر عائقاً أيضاً للكشف عن الأعراض المرضية للوصول للتشخيص المناسب، حيث يحاول المريض قدر الإمكان إخفاء الأعراض

والوصمة تشمل المجالات التي تصل إليها وصمة المرض النفسي كما ذكر في (الشربيني، 2001) وهي:

- المريض النفسي **Patient** :

خصوصاً المصابون بأمراض عقلية والذين يطلق العامة عليهم لفظ "المجنون" mad ، وفى التفكير العامي يرتبط هذا اللفظ بوقع معنوي سلبي، ويوجد لدي العامة ارتباط بين ثلاثة أوصاف هي المريض والمجنون والسيئ(sick , mad, bad)، وتظل الوصمة تلاحق المريض على مدي حياته حتى بعد أن تتحسن حالته، وتوجد أوصاف رمزية في اللهجة العامية يشير بها الناس إلي المرضي النفسيين، ويزيد من ذلك المعتقدات الخاطئة حول المريض النفسي بأنه عدواني aggressive ويتصف بالعنف violent، ولا يمكن التنبؤ بما يفعل unpredictable، وغير قادر على العمل فلا يمكن الاعتماد عليه.

- الأسرة **Family** :

التي تضم مرضي نفسيين تلحق بها الوصمة نتيجة للاعتقاد بانتقال الأمراض النفسية بالوراثة عبر الأجيال في أسر معينة، وقد يتسبب ذلك في عزلة هذه الأسر والابتعاد عنها.

- العاملون **Staff**:

في مجالات الخدمة النفسية خصوصاً في المصحات والمستشفيات العقلية مثل الأطباء الذين يطلق عليهم دكاترة المجانين، ولهم أوصاف تثير الضحك والسخرية في العامية العربية والأجنبية، وغيرهم من الأفراد الذين يعملون في هذه الأماكن .

- **مؤسسات الخدمة Facilities:**

التي تقوم بالعلاج والإيواء والرعاية للمرضي العقليين، حيث تمثل أسماء هذه المؤسسات من مصحات ومستشفيات وصمة تلحق بكل من يتعامل معها.

- **بعض أنواع العلاج Treatment Methods :**

تمثل وصمة لمن يتعاطاها مثل أنواع الأدوية النفسية، والعلاج بالجلسات الكهربائية .

- **المجتمع Community أو المدينة Town :**

قد تكون موضوعاً للوصمة نتيجة لارتباطها ببعض المصحات أو المستشفيات النفسية، مثل مدينة الفحيص في الأردن المرتبطة بوجود المركز الوطني للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة الأردنية.

أنواع الوصمة Types of stigma :

هناك نوعان من حالات الشعور بالنقص والوصمة كما ذكر (Abdullah& Brown, 2011) :

1. حالات الشعور بالنقص العامة.
2. حالات الشعور بالنقص الخاصة (الذاتية).

بحيث أن كل حالة تؤثر على الشخص بطريقة مختلفة لكنها تتفاعل بحيث تظهر على الفرد وتكون ذات تأثيرات سلبية على الشخص التي يكون عرضة لها.

الوصمة العامة Public Stigma:

هي التي تؤثر على الفرد وعلى الأصدقاء المحيطين به والعائلة، وتؤثر على مختصي العلاج النفسي وهذه الحالة تجعل الفرد يفقد أو غير قادر على الحصول على وظائف، وصعوبة في الحياة اليومية، والأفراد المصابين بالأمراض النفسية يواجهون

فرص عمل أقل وموارد أقل بسبب التمييز ضدهم من قبل أصحاب العمل الذين يرفضون منحهم فرص العمل أو شمولهم بالوظائف أو احتوائهم ضمن العائلة وهكذا يحرم الأفراد المصابون من فرص المشاركة الفاعلة في المجتمع كما هو متاح لدى الآخرين (Corrigan, 2004).

وكذلك تؤثر الوصمة العامة على أفراد عائلة المريض، فعائلات المرضى يعانون من انخفاض القيمة الاجتماعية لدى الآخرين، وعادة ما يلقي الآخرون اللوم على آباء المرضى بأنهم هم سبب الإصابة بالمرض، ويلقون اللوم على الأم أو الزوجة بشكل أكبر، كذلك أيضا أولاد المريض النفسي ينظر لهم نظرة دونية من قبل الآخرين(Abdullah & Brown, 2011).

الوصمة الذاتية Self Stigma :

هي حالات الشعور بالنقص الذاتية وهي عبارة عن استبطان حالات الشعور بالنقص العامة ويعرف كورجان (Corrigan, 2007) حالة الشعور بالنقص الذاتية بأنها تلك الحالة التي تقود إلى أفكار ذاتية وردود فعل انفعالية سلبية من بينها الشعور بالخجل (العار)، وتدني احترام الذات، وهكذا يدرك و يظن الأفراد المصابون بتلك الحالة أنهم أقل احتراما وقيمة حسب المرض الذي يعانون منه، وهذا يؤدي إلى ضعف الروح المعنوية وضعف قيمة الذات وكفايات الذات كاملاً، وهذه الحالة تقود الشخص إلى تكوين أفكار سلبية حول تفاعله مع الآخرين ولذلك تقود إلى تعرف الفرد بطريقة الشعور بالنقص، ووقاية النفس والعزلة عن الآخرين.

والوصمة الذاتية أو وصم الذات يستعمل هذا الاصطلاح لوصم شعور المريض النفسي إزاء نفسه، وبشكل خاص إذا كان يشعر بالخزي والعار لكونه مريض نفسي بحيث يؤدي فيه هذا

الشعور إلي تدني مفهوم احترام الذات ويسبب له هذا الشعور الانسحاب من التواصل مع الآخرين.

وذكر (Angermeyer & Schomerus, 2012) في المجلة العالمية للطب النفسي في بحث بعنوان الوصمة المحتملة والمرتبطة في التعافي للمرضى النفسين، أن النتائج الشخصية للوصمة الذاتية والأضرار الداخلية الشائعة تقلل من الروح المعنوية والكفاءة الذاتية للشخص وتزيد من نسبة الدخول للمستشفيات، وذكرا أيضا أنه من الجوانب الاجتماعية الهامة للوصمة هو التمييز الهيكلي والذي يحدث عندما توضع هياكل مثل القواعد التشريعية، والتغطية التأمينية وغيرها، الذي يجعل من ينتمون لهذه الفئة (المرضى النفسيين) يواجهون أضراراً، وأكملوا بوصف أن التعافي هي الطريقة التي يسعى الإنسان عن طريقها ليحيا حياة نافعة، ومشبعة، وبها أمل حتى مع المحدودية التي يسببها المرض والسعي نحو الآدمية والشخصية الكاملة، وبالتالي فأن التعافي مرتبط بالشخصية، لذلك فالتعافي والوصمة مترابطان بالكثير من الطرق بالرغم أنهما مفهومان متناقضان فبينما يظهر التعافي على أنه (كوب من التفاؤل نصف ممتلئ) وتأتي الوصمة النصف الفارغ من الكوب الذي يشير إلى التمييز وقلة القيمة.

ويمكن تصنيف الوصمة (Brakel, 2008) :

1. الوصمة المتوقعة (Anticipated Stigma) وتسمى (Perceived).
2. الوصمة الداخلية (Internalized Stigma) وأيضا الوصمة الذاتية (Self-Stigma).
3. الوصمة المجربة (Experienced Stigma) تمييزية (Discrimination).

أنماط الوصمة:

1- **الوصمة الجسمية:** وهى المرتبطة بالإعاقات الجسمية، تلك الإعاقات التي بها عجـز فـي الجهاز الحركي، وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي، أو شلل الأطفال، أو بتر طـرف مـن أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث.

2- **الوصمة العقلية** : وهى المرتبطة بالضعف العقلي أو التخلف العقلي للفرد على التعلم المعتاد من ناحية، ونقص القدرات اللازمة للتوافق في وسط بيئي وثقافي معين من ناحية أخرى.

3 – **الوصمة الحسية** : وهى المرتبطة بالإعاقات الحسية اى فقدان كفاءة وظيفة إحدى الحواس أو بعضها بدرجة كلية أو جزئية، وخاصة حاستي الإبصار والسمع، فتضم الإعاقة البـصرية، والإعاقة السمعية.

4 – **الوصمة اللغوية** : وهى المرتبطة بعيوب استخدام اللغة والكلام، فالكلام يكون غير سـوى حينما ينحرف كثيراً عن كلام الآخرين بدرجة تستلفت الانتباه، ويعوق الاتصال ويسبب حالة من الضيق للمتحدث أو المستمع.

5 – **الوصمة العرقية:** وهى المرتبطة بوجود اختلاف في السلالة والوطن التي تنسب الأخطاء والآثام في المجتمع الواحد.

6 – **الوصمة الجنائية:** تشير (الوصمة) إلى العملية التي تنسب الأخطاء والآثام الدالة على الانحطاط الخلقي إلى أشخاص في المجتمع، فتصفهم بصفات بغيضة أو سمات تجلب لهم العار(عياد،2007).

مدى احتمالية الوصمة (Abdullah & Brown ,2011):

لقد تم تحديد العديد من الطرق المـستخدمة أو الأسـباب المـشمولة بتـشخيص مـدى احتمالية إصابة الفرد بالوصمة، فقد حـددت سـتة أبعـاد لتحديـد أو وصـف خـصائص أو

ظـروف التعـرض للإصـابة: وهـي التهـرب (الـتملص)، الاسـتمرارية، الفوضـوية، الخطورة، الناحية الجمالية، والنشأة (الأصل).

حيث يعني التهرب مدى القدرة على اكتشاف الخاصية أو الحالة لدينا، وبالنسبة للأمراض النفسية فإن أي ظهور للأعراض يستطيع تنشيط هذه الحالة، بينما نجد أن الأفراد ذوي الاضطرابات الأقل شدة والذين لديهم قدرة على التملص لكنهم لا يمارسوا يكونـوا عرضة للشعور بالنقـص أكثـر من الأفراد الذين يستطيعون التملص أو إخفـاء الأمـور (Hinshaw,2007).

بينما تعني الاستمرارية مدى ثبات الظرف مع مرور الزمن، وبالنسبة للأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية مزمنة يكونون عرضة لهذا الشعور أكثر من غيرهم، بالرغم من تباين القدرة على التكيف الاجتماعي للمريض حسب المرض الذي يصيب الفرد، فإن ادراك مفهوم المرض النفسـي من الآخريـن يعمـل على هدم التفاعل بين الأفراد ويؤدي لفوضوية، والتوقعات السلبية التي يحملها الكثير من الناس عن المرض النفسي تساهم كثيراً بالوصمة.

بينما تعني الخطورة مدى تهديد الحالة للشخص، وأن الانطباع السائد حول خطورة الأفراد المصابين بالأمراض النفسية والشعور بالتهديد من قبلهم يقود إلى الإصابة بتلك الحالة بسبب كون الناس يميلون للتمييز ضد هؤلاء الأفراد بسبب ربطهم بين الأمراض والسلوك العدواني.

والمقصود بالناحية الجمالية نعني به مدى تصور تلك الحالة، ويمكن الربط بين هذا المفهوم وبين الحالة بسبب أن الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية قد يعانوا من بعض الأمور قبل القدرة العقلية، مثل سلوكيات حركية ضعيفة، ارتداء ملابس غريبة وبعض الحركات الشاذة وكل تلك الأمور قد تقود إلى إهمال الفرد اجتماعياً.

والأصل أو النشأة نعني به الأمر الـذي سـبب حـصول الحالـة. فبـالرغم أن بعـض الأبحاث تدل على أن الأمراض النفسية قد تكـون وراثيـة أو ذات أسـباب حيويـة مرتبطـة بالشعور بالنقص، فإن النظرة السائدة هـو أن الـشعور بـالنقص الناشـئ عـن الأمـراض النفسية تكون أقل عندما يعتقد الأفراد أن المرض خارج عن سيطرتهم .

أشكال الوصمة Forms of stigma :

تتخذ وصمة العار أشكالاً كثيرة منها:

اللفظية: الاستهزاء والقيل والقال، واللوم والشائعات.

الاجتماعية: العزل الاجتماعي، وتقليل فرص الزواج.

التمييز: الهياكل العامة التشريعية والقانونية وضياع الفرص التعليمية وفرص العمل والرعاية الصحية.

كيف تؤثر الوصمة:

هناك العديد من النظريات حول طريقة تأثير الشعور بالنقص أو الوصمة للأمراض النفسية على الأفراد اجتماعياً ابرزها نظرية التصنيف(Labeling Theory)، ومنظور الطب النفسي(Psychiatric Perspective)(Gove,1982)، بحيث أن النظرية الأولى افترضت أن حالة الشعور بالنقص العامة مرتبطة بالتصنيف للأفراد ووضع علامة، بحيث أن الأمراض النفسية ينتج عنها حالات انفعالية سلبية مثل الغضب أو الخوف من التعامل مع الآخرين والذي يقود إلى الشعور بالنقص بعد ذلك، لأن الوصمة لها تأثير سلبي على مفهوم الذات، الذي يشير الى كل ما يعرف ويفكر به الانسان حول ذاته، ومنها ينطلق مكونان هما احترام الذات وهو

الجانب التقييمي من مفهوم الذات والكفاءة الذاتية، وهي فكرة أن الفرد قادر على ممارسة السيطرة على بيئته (Bandura, 1997).

بينما اعتقد أصحاب المنظور النفسي أن الحالة هذه ناتجة عن ناحية بيولوجية وأنها ناتجة عن تفاعل العامة مع السلوكيات الغريبة أو المرفوضة اجتماعياً من قبل الأفراد المرضى نفسياً، وأن أي حالة نفسية ناتجة عن تكرار واستمرار تلك الاضطرابات نفسياً وليست ناتجة عن ردود الفعل العامة في مجال أو استجابة لسلوكيات الفرد .

بينما كانت هناك نظرية أخرى كما ذكر (Abdullah & Brown, 2011) نتجت عن أبحاث طورت نظرية التصنيف السابقة، وحاولت تفسير كلا الحالتين العامة والخاصة (الذاتية)، وهي أن المجتمع عندما يصنف الفرد بأنه مريض نفسي، يتم بعد ذلك تجريد موقف عام وخاص حوله، وأن هذا الموقف يتم فيه استبطان من قبل الفرد المريض ويكون رد فعل الفرد هو: أن يبقى المرض سراً، والابتعاد عن التفاعل مع الناس، وظهور أعراض نفسية أخرى له، فكانت النظرية الاجتماعية – المعرفية، حيث تعتبر أن حالة الشعور بالنقص نتجت عندما يبدأ هناك بعض عوارض المرض النفسي لدى المريض مثل ضعف المهارات الاجتماعية ومظهر جسدي غير مناسب (غريب) التي تعتبر مؤشرات لتصنيف الفرد بأن لديه حالة أو مرض نفسي، وأن ردود الفعل تكون توقعات حول ردود فعل لآخرين لدى الفرد المريض، وبالتالي اعتقادات معينة تقود الفرد إلى الخجل والابتعاد عن الناس وسائر السلوكيات السلبية.

وفي هذه الدراسة استخدمت الباحثة فريق مكون من عدة تخصصات لدعم المريض المكتئب نفسياً واجتماعياً ومساعدته للتغلب على شعوره الداخلي بالخجل والخزي والضيق،

وبرامج الدعم النفسية الاجتماعية برامج مبنية وهادفة لها كيانها وأهميتها في دعم الأفراد والمجتمع من أجل إعادة البيئة النفسية والاجتماعية الصحية للفرد، وتهدف مثل هذه البرامج تقديم الخدمات التي تساعد الأفراد في تخفيف معاناتهم الانفعالية ومساعدتهم على اعادة بناء حياتهم والاعتماد على امكانياتهم الفردية والمجتمعية وبالتالي التغلب بنجاح على أكبر المصاعب التي يواجهونها، وتهدف أيضاً للدعم الداخلي والخارجي للفرد بهدف ضمان الحماية النفسية وعدم حدوث الاضطرابات (الشاوي،2006).

ووضع الاطار العام للدعم النفسي الاجتماعي ما بين (2005-2007) في الاتحاد الدولي الذي عرف الدعم النفسي الاجتماعي بأنه عملية تسهيل المرونة بين الأفراد والأسر والمجتمعات، ومساعدة الاسر لتعود لحالتها الطبيعية من خلال احترام الاستقلال والكرامة وآليات التعامل من الأفراد والمجتمعات والدعم النفسي الاجتماعي يعزز البنية التحتية ويزيد من التماسك الاجتماعي.

فبعض الناس قد يواجهوا الأزمات والصعوبات بسهولة لوجود شخص أو أشخاص يدعموهم ويتفهمون طبيعة الأزمة التي يمروا بها، وبرامج الدعم قد تكون مستقبلة لهؤلاء المرضى ولكن هي معنية بالدعم كمهمة أساسية وكلما أعطت الدعم كان لها قيمة ومعنى أكثر.

ويعرف فردل في دليل البرامج التنموية الارشادية في مركز ايوا للموارد المهنية البرنامج الارشادي بأنه تصميم شامل وليس اختياراً عشوائياً من الخدمات يعتمد على معايير ومقاييس وكفاءات، يقدم ما هو مناسب تنمويا لتعزيز نجاح الفرد شخصيا وأكاديميا واجتماعيا ومهنيا، تساعده على اتخاذ القرارات وحل مشاكله (Kindergarten Community College, 2001).

ويعرف حسين (2004) البرنامج الارشادي بأنه مجموعة من الخطوات المنظمة والمخططة والتي ترمي الى تحقيق أهداف معينة بحيث تمهد بكل خطوة للخطوة التي تليها، وبحيث تصبح في النهاية مترابطة معا، وتؤدي الى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة، والمعارف السلبية لدى الأفراد، واستبدالها بأساليب سلوكية جديدة، وأفكار واتجاهات أكثر ايجابية مما يترتب عليه تحقيق التوافق النفسي لدى المشاركين في البرنامج الارشادي.

ماذا يعني الدعم النفسي والاجتماعي:

الدعم النفسي الاجتماعي هو منهج تكميلي يستخدم لإعادة التأهيل والعلاج النفسي من خلال التداخلات الغير بيولوجية للأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية، ويتضمن تداخلات سريرية من مهنيين في الصحة النفسية ذوي خبرة، مع اشراك قطاعات العمل الانساني لإكمال الدعم المطلوب (Inter-Agency Standing Committee, 2007) .

ماذا تعني مجموعة الدعم :

مجموعة الدعم هي الفريق الذي يدعم المريض وعائلته عاطفياً واجتماعياً وروحياً داخلياً وخارجياً للوصول للتأقلم المناسب لإيجاد البيئة النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية المناسبة للمريض.

أهمية الفريق :

المريض النفسي بحاجة إلى بيئة آمنة وداعمة ومستقرة، وبحاجة إلى من يشاركه خبراته لمواجهة ما يحدث له، فوصمة المرض النفسي والإصابة بالمرض النفسي والنظرة التمييزية للمريض النفسي تكفي بحد ذاتها لجعل المريض منعزل ولا يتحدث عن مرضه ولا يطلب المساعدة، ومن خلال عمل الفريق المتكامل، يصل المريض النفسي إلى الاستقرار النفسي الذي يساعده في التأقلم مع المرض.

من أين ننشئ فرق الدعم ؟:

العائلة والمجتمع المحيط هم المكان المناسب لإنشاء فرق الدعم وعمل التداخلات من خلال البيئة الآمنة (العائلة).

من الذي ينشئ فرق الدعم ؟:

ينشأ فرق الدعم أشخاص متخصصون ممارسون في الصحة النفسية.

مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي Psychosocial Support Groups:

مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي مهمة وشاملة، ويتعامل معها كبرامج إرشادية شاملة للعناية النفسية الصحية من أجل الوقاية وإعطاء الخدمات النفسية الاجتماعية، والتعامل مع الاضطرابات النفسية والعقلية، ومعظم هذه البرامج الداعمة ذات صلة بالمجتمع وتكون مهمتها المحافظة على الحقوق الإنسانية، وهي أماكن يتواجد بها أناس يواجهون نفس الصعوبات ويتشاركون بالخبرات، وتتضمن هذه المجموعات برامج معدة لمساعدة الإنسان الذي يتعرض لأزمة مرضية أو غيرها ليستطيع ممارسة حياته بشكل طبيعي، فبعض الأشخاص لا يمتلكوا المهارات التي يحتاجونها للتأقلم مع التغيرات الحياتية وتنقصهم الخبرات لذلك .

فمعظم المرضى يحاولون تخطي مشاكلهم بمساعدة أنفسهم (self help)، وليس من خلال اللجوء إلى مراكز أو إلى برامج منظمة ومبنية لمساعدتهم، وكل شخص يعتمد اجتيازه للأزمة التي يتعرض لها سواء أكانت مادية أو جسدية أو نفسية على مدى الدعم الذي يتلقاه والذي يساعده للتأقلم للتغيرات في حياته. وفي السابق كانت العادة أن تقوم العائلة والاصدقاء والمجتمع المحلي بتقديم الدعم النفسي والتوجيه والنصيحة والرعاية للأفراد التي يحتاجوها، أما اليوم فإننا نجد الروابط الاجتماعية آخذة بالتغيير وأصبحت تتجزأ وبدأت الروابط بين الناس تتفكك وخصوصا عند مواجهة مشكلة معينة تكون كبيرة، حيث تكون المساعدة ضرورية فأن

آليات الدعم التقليدية كالأسرة ليست على الكفاءة للقيام بالدعم النفسي الاجتماعي المطلوب (الشاوي، 2006).

والمؤسسات المنظمة التي تتحمل مسؤوليات إنسانية أنتجت مثل هذه البرامج الداعمة للمرضى لتقليل الشعور بالوحدة والانعزال، فهم كلما شعروا بروح الفريق واجهوا صعوباتهم بسهولة أكثر.

ويستخدم مصطلح نفسي اجتماعي للتأكيد على الارتباط الوثيق بين الجوانب النفسية من التجربة الإنسانية والخبرة الاجتماعية الأوسع، والآثار النفسية هي تلك التي تؤثر على مستويات مختلفة من الأداء بما في ذلك المعرفية (الإدراك والذاكرة كأساس للأفكار والتعلم)، العاطفية (العواطف)، والسلوكية (الآثار الاجتماعية، والعلاقات مع الأسرة وشبكات المجتمع والتقاليد الثقافية والوضع الاقتصادي، بما في ذلك المهام الموكلة كالعمل) وذلك حسب ما ذكره مركز البحوث الأسترالي (ARCModF7 ,2009).

وحسب ما أورده دليل الاتحاد العالمي (The International Federation's Global Agenda 2006-2010) لبرامج الدعم النفسي الاجتماعي، أن الحاجة الى الدعم النفسي الاجتماعي برزت في العقديين الاخيرين استجابة للأزمات التي تتزايد في العالم مثل زلزال بام 2003، وتسونامي المحيط الهندي 2004، واستجابة للأزمات والطوارئ التي حدثت بالعالم بعد ذلك، والدعم النفسي الاجتماعي يخول الأفراد ومجتمعاتهم لمعالجة ردود الفعل العاطفية للأحداث الحرجة، ويخلق أيضا تماسكا في المجتمع الذي هو متطلب ضروري للتكيف، حيث بدأت أشكال للدعم النفسي الاجتماعي تقدم بشكل برامج وأنشطة هادفة، لديها مسؤولية ضمان بناء القدرات، والدعم المناسب لمن يحتاجه، وإرشادات بشأن كيفية التخطيط وتنفيذ التدخلات النفسية

والاجتماعية، وزيادة الوعي من خلال ردود الفعل النفسية للكوارث والاضطرابات الاجتماعية وتعزيز وترميم شبكات المجتمع والتعامل بآليات مدروسة.

تهدف البرامج المتعلقة في الصحة النفسية (Thornicroft& Tansella ,2009) الى:

- تقديم الخدمة النفسية على المستوى المحلي و الإقليمي.
- وضع استراتيجيات وطنية من خلال برامج مبنية لدراسة واقع عملي محلي .
- التعاون مع برامج ووكالات أخرى مهمتها تقديم الخدمات والرعاية النفسية.
- الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية وتقديم الخدمات على المستوى الفردي.
- ضمان مشاركة الاشخاص المصابين بمرض نفسي وعائلاتهم وأفراد أسرهم بالتقييم والمعالجة.
- توفير المعلومات الضرورية والمفيدة والكافية للمرضى وعائلاتهم.
- مساعدة المرضى على التعافي والمشاركة الاجتماعية.
- منع الانتكاس للمرضى النفسيين.

فالفريق الداعم يهدف (South Carolina Department of Education, 1999) الى:

- المشاركة بالخبرات والصعوبات والمشاعر وتحديد السبل للتعبير عن المشاعر بشكل مناسب.
- فهم أفضل للمضاعفات والسلبيات والعلاج وطرق التأقلم من خلال زيادة المعرفة التثقيفية.
- تقليل الشعور بالخوف والقلق والذنب والمشاعر السلبية الأخرى.
- القدرة للتعامل مع الأزمات والصدمات.

- فهم وتقدير الذات وفهم وتقدير البيت والأسرة واستعادة الكرامة وتطوير الإحساس بالانتماء للمجتمع.
- القدرة على اتخاذ القرارات، وتحديد الأهداف، واتخاذ الإجراءات ومهارات السلامة والبقاء على قيد الحياة.

التداخلات النفسية الاجتماعية:

تكون التداخلات النفسية الاجتماعية لفرق الدعم في الأغلب إما اجتماعية أو نفسية بطبيعته, وتشمل المشكلات ذات الطابع الاجتماعي ما يلي:

1. مشكلات اجتماعية موجودة أصلاً، كالإنتماء إلى مجموعة تعاني من التمييز أو التهميش، أو القمع السياسي.
2. مشكلات اجتماعية ناجمة عن حالات طوارئ (تشتت الأسرة، السلامة، الوصمات، تدمير سبل العيش، وتدمير الشبكات الاجتماعية والهيكليات المجتمعية المحلية، والموارد والثقة، التورّط في أعمال جنسية).
3. مشكلات اجتماعية ناجمة عن المساعدات الإنسانية (مثل الاكتظاظ وانعدام الخصوصية في المخيمات، أو تقويض الهيكليات المجتمعية أو آليات الدعم التقليدية، التبعية للمساعدات).

وتشمل المشكلات ذات الطابع النفسي بالدرجة ما يلي:

1. مشكلات نفسية مثل اضطراب نفسي حاد، الإكتئاب، الإدمان على الكحول....الخ.

2. مشكلات ناجمة عن حالات طوارئ (مثل الحزن، الضيق غير المَرَضي، الإدمان على الكحول والمواد الأخرى، الاكتئاب واضطرابات القلق بما في ذلك اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD).

3. مشكلات ناجمة عن المساعدات الإنسانية مثل القلق الناتج عن الإفتقار إلى معلومات عن توزيع المساعدات الغذائية (المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ، 2011).

وبرامج الدعم النفسي الاجتماعي تعتمد على جعل المريض يتأقلم مع المرض أكثر من التعرف على أسبابه، وتعمل على تقديم المعلومات وتعليم المهارات للوصول للدعم الذي يمكن المريض من مساعدة نفسه ومساعدة الآخرين .

وبرامج الدعم النفسي الاجتماعي تنقسم لثلاثة أصناف (Nicole, 2003) :

1. المجموعات التثقيفية (Educational Groups) التي تعتمد على المعلومات والمعالج وتعليم المهارات للتأقلم مع المرض أي كان.

2. مجموعات الدعم الاجتماعية العاطفية (Social and Emotional Groups) التي تكون أقل بناءاً وتستخدم القليل من التخصصات .

3. ومجموعة دعم الأقران (Peer Led Support Groups) وتستخدم مع الأشخاص المصابين عضوياً (جسمياً).

ومجموعات الدعم النفسي الاجتماعي من النوع التثقيفي (Educational Groups) تهدف الى:

1. التثقيف و زيادة الوعي المستمر للمشاكل النفسية والاجتماعية التي تواجه الإنسان.

2. زيادة الوعي باستراتيجيات المساعدة الذاتية أو بعبارة أخرى ما يمكن أن يعمله الناس لمساعدة أنفسهم

3. تعليم مهارات متطورة مثل:

- كيفية منع تفاقم المشاكل.

- تحديد متى تطلب المساعدة المتخصصة.

- استعادة السيطرة على المشاعر، لتصبح أكثر واقعية في تحديد أهداف جديدة في الحياة.

فالبرامج المبنية بطرق علمية ومبنية على الدعم النفسي والاجتماعي والروحي لها قوة تأثير من خلال التغيير الداخلي للمريض والتحدث عن مشاعره وما يحدث لها، ومن خلال ذلك يطور المريض فهم عام للمرض الذي يعاني منه، فخبرة الألم والمعاناة والمشاعر تكون مرغوبة بالتحدث عنها، فهؤلاء المرضى الذين يعانون من الوصمة الاجتماعية يتعاملون بأسلوب تمييزي وقد يشعرون بالوحدة والانعزال مما يزيد من شدة مرضهم، والدعم النفسي الاجتماعي يستند الى الإطار المعرفي جنبا إلى جنب مع الدعم الاجتماعي والمهارات السلوكية وتمارين الاسترخاء الجسدي (Uitterhaegen, 2005).

فمجموعات الدعم تكون دائما في نفس المكان الذي يمكن الأشخاص من مشاركة الآخرين في تجاربهم، ومساعدة بعضهم خلال الفترة الصعبة التي يمرون بها مثل مخيمات اللاجئين، بعد الكوارث الطبيعية من أعاصير وفيضانات وبراكين وأزمات سياسية، وأيضاً مراكز متخصصة ومستشفيات، لكي يستطيع الأفراد معرفة احتياجاتهم والتعرف على أنفسهم أكثر ومساعدة الآخرين بنفس الطريقة في بيئة متفهمة وداعمة لهم.

والدعم النفسي الاجتماعي هو مفهوم عام تأتي خدماته بشكل هرمي(المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارىء، 2010) يكون الأساس فيه توفر الاحتياجات الأساسية للإنسان من مأكل ومشرب وخدمات صحية وحفاظ على أمن الإنسان وحمايته، وبعدها تتطور الخدمة الداعمة لتحمي المصاب أو المريض من النظرة الاجتماعية

والوعي الصحيح لوضع المريض وإعطاء الدعم للعائلة والأصدقاء وتشجيع المريض لاجتياز الأزمة، ومن ثم يأتي على رأسها الحصول على الرعاية الصحية من غير المختصين واللجوء إلى المختصين لتقليل المعاناة النفسية والجسمية ملحق رقم (ت).

صفات الداعم النفسي :

1. **الصبر:** أن يكون شخص متفهم وواع وله القدرة في كيفية التعامل مع الآخرين في مختلف الاوضاع .

2. **كسب الثقة:** أن يكون شخصاً يمكن الوثوق به والاعتماد عليه (جدير بالثقة) ويحترم الأسرار وأن يتقبل ما يقال له.

3. **مهارات الاستماع:** لا يجبر المريض على الكلام ولا يفرط في طرح الأسئلة ولا يطرح تلك المزعجة منها.

4. **التعاطف** : أن يكون سهل الوصول إليه حتى يتمكن الآخرين من طلب مساعدته وإمكانية اللجوء إلى المشاركة الوجدانية.

5. **التهذيب:** من السهل أن يكون المرء مهذبا مع الأشخاص اللطفاء ولكن المسألة تتطلب مهارات لا يتمتع بها سوى الكادر للتصرف بلباقة مع أشخاص عدائيين، التهذيب يقضي بالمديح علنا وبالانتقاد سرا.

6. **السيطرة على الذات:** الانضباط، والتفكير قبل الكلام، والتفكير بعواقب الكلمات والأعمال قبل التلفظ بها أو فعلها، عدم الصراخ هي من صفات الشخص الذي يسيطر على نفسه. (جمعية الهلال الأحمر العراقي،2011).

وتقدم مثل هذه المجموعات خدماتها عن طريق إرشاد فردي، أو إرشاد أسري، أو إرشاد جماعي، وفي هذه الدراسة استخدمت الباحثة الإرشاد الجماعي من خلال مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي التثقيفية Educational Groups لتقديم الدعم من خلال الجماعة، وهذا الصنف من مجموعات الدعم أثبت فعاليته في دعم مرضى الاكتئاب والسرطان، ويتضمن البرنامج تقديم الخدمات من خلال مختصين مثل الأطباء والمرشدين الإكلينيكيين، من خلال الشرح وتقديم المعلومات لمواضيع محددة وهادفة تهم المجموعة المستهدفة ويتبعها مناقشة مستخدما تقنيات العلاج المعرفي والسلوكي كالاسترخاء والاستبصار والتخيل الموجه (2003 ، National Breast Cancer Centre).

والعلاج الجماعي عبارة عن مناقشة جماعية أو مناشط جماعية لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد، وهو أسلوب أو منهج في العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث بالسيكودراما ملحق رقم(ث). وهو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة، بشرط أن تتشابه مشكلاتهم باستخدام أساليب متنوعة للإرشاد مثل السيكو دراما، عرض فيديو، ندوات مناقشات (جبل، 2000).

ويستخدم في العلاج والارشاد لمرضى الاكتئاب المعالجة النفسية، ويصنف أنتوني كلير في كتابه الاكتئاب وكيف تنجو منه (1993) الأشكال المختلفة للمعالجة النفسية إلى ثلاث مجموعات: المعالجة النفسية المشجعة (الداعمة)، المعالجة النفسية بإعادة التعليم، والمعالجة النفسية بإعادة البناء(ماكلين، 2003):

1. **المعالجة النفسية المشجعة (الداعمة):**

تهدف المعالجة الداعمة إلى جعل المريض يقوم بنشاطه على أفضل وجه ممكن، على المستويين الاجتماعي والنفسي، في مواجهة حالة معقدة كالاكتئاب، وتهدف إلى زيادة احترام

المريض لنفسه وثقته بها و يستخدم هذا النوع من المعالجة أحيانا كنوع من معالجة وقائية كما يستخدم لمساعدة الناس على مواجهة حوادث الحياة، ويتحدث الشخص المعني حول المشاعر والأفكار التي يحتمل أن يشعر بها، وحول الصعوبات المتوقعة، ويتم تشجيع الشخص الذي يخضع لهذا النوع من المعالجة على التعبير عن عواطفه بحرية والتفكير والتحدث حول الاتجاهات التي ستتخذها، فالمعالجة المشجعة أو (الداعمة) يمكن أن تكون على صلة مهمة بالاكتئاب، وتساعد على تفادي هجوم الاكتئاب.

2. المعالجة النفسية بإعادة التعليم :

هذا الشكل من المعالجة كما يشير الأسم يبدأ لإعادة تهذيب طريقة الشخص في التصرف والنظر إلى الأشياء، والشكل الأكثر شيوعا اليوم لهذه المعالجة هو المعالجة المعرفية، فالناس الذين يعانون من اكتئاب يتدنى احترامهم لأنفسهم إلى حد بعيد، ويعدون أنفسهم تافهين فعلا، ويظهرون ميلاً ملحوظاً إلى لوم أنفسهم من أجل كل شيء، حتى الأشياء التي تقع خارج نطاق سيطرتهم، علاوة على ذلك ، إنهم ينظرون إلى العالم والمستقبل بتشاؤم وقنوط، وهذه الطريقة في النظر إلى أنفسهم والعالم، تختلف عادة عن طريقتهم قبل أن يصابوا بالاكتئاب، وواقع أنهم يرون أنفسهم والعالم بطريقة حزينة وتشاؤمية يشير إلى حقيقة اضطراب تفكيرهم وقصور رؤيتهم للواقع، وليس واضحاً ما إذا كانت الطريقة السلبية في التفكير أو حمل أفكار سلبية هو الذي يسبب الاكتئاب، مع أن الظن السائد هو أن الاحتمال الأول هو الصحيح .

يهدف بيك (Beck)، الأب المؤسس للمعالجة المعرفية، إلى تصحيح هذه الطريقة المشوهة والتشاؤمية في التفكير. فالطريقة التي ندرك بها العالم تملي علينا طريقة استجابتنا له، فإذا كان إدراكنا للعالم سلبيا وتشاؤميا، فإن أفكارنا وتصرفاتنا، تبعا لذلك، ستكون سلبية

وتشاؤمية، والمعالجة المعرفية تحاول أن تحدد الإدراك المشوه عند الشخص ومن ثم تصحيحه، واستخدمت الباحثة هذه الطريقة كجزء من البرنامج .

3. **المعالجة النفسية بإعادة البناء :**

تهدف المعالجة النفسية بإعادة البناء إلى الوصول إلى السبب الجذري للطريقة التي يشعر بها الشخص، والشكل الأكثر شيوعاً لهذه المعالجة هو التحليل النفسي، وفي هذه الطريقة يعمل المحلل النفساني على إخضاع الشخص للتحليل لكي يعبر عن أفكار بحرية كما تحدث، ثم يقوم بتأويلها وتحليلها، ويهدف التحليل النفسي، الذي يعتمد أصلا على نظريات سيجموند فرويد حول العمليات اللاواعية في العقل، إلى استقصاء الوعي الباطني عند الشخص ومعرفة تجاربه المبكرة وكيف يمكن أن تكون أثرت عليه في حياته اللاحقة.

حاولت الباحثة في هذه الدراسة تعديل بعض المعتقدات والأفكار السلبية التي يحملها المريض النفسي عن المرض النفسي وما يتصل به من وصمه، وذلك من خلال انشاء برنامج إرشادي مكون من مجموعة دعم نفسية اجتماعية من النوع التثقيفي، فالأشخاص في مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي يتشاركون بالمعلومات والمعرفة والأفكار والخبرات والمشاعر، ومن خلال اعادة بنائها والتعبير عنها وتفريغها والإنصات لبعضهم ولغيرهم يدعمون أنفسهم والآخرين ويوجهون أنفسهم للمضي قدما في حياتهم.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

- تكشف هذه الدراسة عن نسبة انتشار الوصمة بين مرضى الاكتئاب، مما توجه الأنظار لهذه الظاهرة والعمل على مكافحتها.
- تقدم الدراسة شرح نظري عن وصمة المرض النفسي وأنواعها وأشكالها.

- تقدم هذه الدراسة عرض نظري لأهم الدراسات في الوطن العربي والدراسات العالمية التي تناولت وصمة المرض النفسي.
- تقدم هذه الدراسة شرح نظري عن برامج الدعم النفسية الاجتماعية وإطار نظري لأهم الدراسات التي تناولت هذا الموضوع .
- تقدم هذه الدراسة إضافة كمية ونوعية للدراسات السابقة في هذا المجال بحيث تواكب الدراسات العالمية المهتمة بالبرامج المعتمدة على الخدمة الجماهيرية والبرامج الغير طبية التي تدعم الصحة النفسية وتعد دراسة رائدة في الأردن والوطن العربي (في حدود بحث وعلم الباحثة).

الأهمية الميدانية:

- تأتي أهمية الدراسة باعتبارها أولى الدراسات في الأردن وفي الوطن العربي (في حدود علم الباحثة) التي تستخدم برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي (Psychosocial Support Groups).
- يقدم البحث مقياساً محكماً للوصمة الذاتية بأبعاد متعددة ويمكن استخدامه بدراسات مماثلة.
- أولى الدراسات التجريبية في الوطن العربي التي تستخدم برنامج منظم لتقليل وصمة المرض النفسي الذاتية لدى المريض نفسه.
- تقدم هذه الدراسة أسلوبا في الدعم النفسي الاجتماعي لمرضى الاكتئاب يمكن الاستفادة منه في التخطيط لبرامج تأهلية للتعامل مع أمراض أخرى.

- تقدم هذه الدراسة أساليب إرشادية ونفسية واجتماعية كالسيكو دراما وتوكيد الذات والاستبصار والاسترخاء للتعامل مع المريض النفسي بشكل شامل ومتكامل لتقديم الخدمة.

- يعتبر هذا البرنامج نموذجا للبرامج التدريبيةالإرشادية العملية التي يمكن تطبيقها في المستشفيات والمؤسسات الصحية كخدمة مستمرة للمرضى وخصوصا المرضى النفسيين.

- تدعم هذه الدراسة وتؤكد على دور الإرشاد النفسي في الخدمة النفسية وأنه جزء لا يستغنى عنه في العلاج النفسي والخطة العلاجية والخدمة النفسية المستمرة.

ورغم وجود الكثير من الأبحاث العالمية المهتمة بالطب النفسي والأمراض النفسية إلا نصيب هذا الجانب قليل في الوطن العربي، ومن خلال استعراض الباحثة للأبحاث التي تناولت موضوع وصمه الطب النفسي لم تجد إلا العدد القليل المعدود من الأبحاث في العالم العربي.

مشكلة الدراسة:

تنبع مشكلة الدراسة من الحس الميداني للباحثة وذلك من خلال عملها في مجال الارشاد النفسي في أقسام الطب النفسي، ورؤيتها لحاجة المرضى النفسيين لبرامج تأهيلية متكاملة تلبي حاجات المرضى النفسيين ومتطلباتهم، ونابعة من قناعة الباحثة في أهمية الارشاد النفسي في المستشفيات وأهمية ابراز دور المرشد في العلاج النفسي والخطة العلاجية، وقدرته على تنظيم برامج ارشادية ناجحة تخدم الإنسان في كل مكان من مستشفيات وعيادات ومراكز صحية ومخيمات وتجمعات، وليس مقصوراً على أماكن محددة كالمدارس، ومشكلة الدراسة مواكبة للاهتمامات المحلية والعربية والدولية لتكوين برامج علمية منظمة لمحاربة وصمة المرض

النفسي، لما لها من أثر على المريض وسير خطة علاجه والتكاليف المادية المترتبة على الشخص والدولة من عدم المعالجة والالتزام والتشخيص الغير دقيق.

ويشير الأدب النظري الى توفر دراسات أجنبية لا بأس بها عن مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي رغم شحها في المجال النفسي وتركيزها على الأزمات والسرطان والإيدز والأمراض المعدية، ولم تجد الباحثة دراسة عربية تناولت مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي كبرامج منظمة ودراستها بطريقة تجريبية وتتمركز مشكلة الدراسة بالإجابة على أسئلتها.

أسئلة الدراسة :

تتمركز الدراسة حول التساؤل التالي:

ما أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب ؟ وينبثق عن التساؤل الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية؟
2. هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لأداء أفراد مجموعتي الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ؟
3. هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لاستجابات افراد عينة الدراسة على المقياس البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقياس وصمة المرض النفسي؟

4. ما مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب؟

5. هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الاكتئاب قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية؟

6. هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعود للمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)؟.

التعريف بمصطلحات الدراسة مفاهيمياً وإجرائياً:

البرنامج الارشادي:

عرف (Kindergarten Community College, 2001:10) البرنامج الارشادي بأنه تصميم شامل وليس اختيار عشوائي من الخدمات يعتمد على معايير ومقاييس وكفاءات، يقدم ما هو مناسب تنمويا لتعزيز نجاح الفرد شخصياً وأكاديمياً واجتماعياً ومهنياً، وتساعده على اتخاذ القرارات وحل مشاكله.

وتعرفه الباحثة إجرائياً:

البرنامج الارشادي هو تصميم مكون من مجموعة من التخصصات المختلفة هدفها تقديم الخدمة المناسبة لمساعدة المرضى للتغلب على مشاعرهم الداخلية وتعزيز أنفسهم نفسياً واجتماعياً، يستخدم فيه فنيات ارشادية وأنشطة ويتكون من 14 جلسة ارشادية مدة كل جلسة (60-120) دقيقة.

مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي:

أي شكل من أشكال الدعم الداخلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية الرفـاه النفـسي الاجتماعي أو تعزيزه. والترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية وحقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه (المجموعة المرجعية للصحة النفسية والـدعم النفـسي الاجتماعي في حالات الطوارئ،2011، 3:2010).

وتعرفها الباحثة إجرائيا:

مجموعة من التخصصات المختلفة(طب نفسي، تمريض نفسي، ارشاد نفسي، تعديل سـلوكي، تغذية، ووعظ ديني) لتقديم المساعدة للمرضى النفسيين للوصول للصحة النفـسية والاجتماعيـة المطلوبة، وتختار بناء على متخصصين في هذا المجال. والتفاعل بين الخـدمات الاجتماعيـة والنفسية لتقديم الخدمة المطلوبة. وتقيسه بأثر البرنامج.

وصمة:

الوصمة هي الشعور بالازدراء الذي يعني التجاهل الاجتماعي ونقص القيمة من قبل المجتمع عموماً، والابتعاد الكلي عن الفرد بناءً على خاصية معينة متغيرة ومرفوقة من قبل مجموعة أو عرقية معينة، وهي بعض السلوكيات المرفوضة وتسبب التمييز للفرد وحمل فكرة معينة عنه والعزلة والتجاهل وفقدان المكانة (Hinshaw, 2007:23).

وتعرف الباحثة الوصمة إجرائيا:

هي الشعور النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته بالخجل والشعور بالضيق والتمييـز، لوجود تشخيص نفسي على جميع الأصعدة الاجتماعية والنفسية والمهنية. وتقيسها بالدرجة على المقياس الذي تم اعداده وتحكيمه وقياس صدقه وثباته.

الاكتئاب:

هو حالة من الحزن الشديد يؤثر في أداء الشخص وحياته واستقراره وهو أيضاً شعور بالضيق والحزن مع اليأس، وقد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد (منظمة الصحة العالمية،81:1999).

وتعرفه الباحثة إجرائياً:

الدرجة التي يستجيب بها المريض على المقياس، وتقيسه الباحثة بمقياس بيك للاكتئاب.

حدود الدراسة ومحدداتها :

1- العينة:

حد مكاني : اقتصرت الدراسة على المترددين على العيادات النفسية في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، ومستشفى الأميرة بسمة، والمركز الوطني للصحة النفسية ومستشفى جرش الحكومي.

حد زماني :

- مدة عمل الدراسة بين 2012 -2013.

2- أدوات الدراسة:

من حدود الدراسة أدوات الدراسة المتمثلة بكل من : مقياس الوصمة، مقياس الاكتئاب والخصائص السيكومترية لها من الصدق والثبات.

3- امكانية التعميم :

من حدود الدراسة أن نتائج الدراسة لا يمكن تعميمها الا على مجتمعها ومجتمعات مشابهة.

4- **حد مادي:** من محددات الدراسة الكلفة المادية لعمل البرنامج، وجمع البيانات والاستعانة بمرشدين، وعدم وجود اي تغطية مادية للدراسة حيث تكلفت الباحثة جميع التكاليف.

5- **حد بشري :**

من محددات الدراسة:

- تعتمد قياس الوصمة على صدق المرضى بالإجابة.
- اقتصرت العينة التجريبية على 28 شخص .
- عدم التزام المرضى بالمواعيد .
- عدم ارجاع بعض المرضى الاستبانات أو ارجاعها ناقصة مما يؤدى لاستبعادهم من الدراسة.
- عدم قبول بعض المرضى ملء الاستبانة في العينة القصدية.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

في هذا الفصل تستعرض الباحثة أحدث الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة رغم تأكيدها لفقر الأردن والوطن العربي لمثل هذه الدراسات التجريبية.

أولا الدراسات التي تتعلق بالوصمة:

أجرى كل من ياب، ريفليو، ماكيون وجورم (Yap, Reavley, Mackinnon 2013 & Jorm ,)، في مركز الصحة العقلية للشباب جامعة ملبورن، استراليا، دراسة هدفت الى تأكيد أن وصمة المرض (العار) تشكل عائقا رئيسيا للمساعدة في السعي لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية بين الشباب، حيث تكونت العينة من 2522 مواطن استرالي تتراوح أعمارهم بين 15-25 سنة في عام 2011 وكانت الأداة المقابلة عبر الهاتف (Telephone interview)، وقدم المشاركون وصف وتصور بقصة للاكتئاب، الاكتئاب مع الأفكار الانتحارية، الرهاب الاجتماعي، واضطراب واجهاد ما بعد الصدمة أو الذهان، وكانت ابرز النتائج التي توصلت اليها الدراسة هي أن العلامات النفسية الدقيقة للاضطرابات النفسية في الوعي والتصوير أفضل تنبؤ من المواقف الأقل وصمة، تليها التعرض للعائلة أو الأصدقاء مع المشاكل النفسية، والوصف كان مرتبطا بالتصور الشخصي للوصمة للأمراض النفسية كنقطة ضعف وليس المرض نفسه المسبب. وأشارت النتائج إلى أن حملات التوعية المجتمعية التي تشجع على اتصال وثيق مع المتضررين أو المصابين بالأمراض النفسية وتحسين دقة استخدام التسمية

النفسية قد يكون لها القدرة على مواجهة الجوانب المختلفة للوصمة والمعتقدات الشخصية باعتبار المرض النفسي ضعف .

كما قام شيفر، روز، نيلمس، ثورنكروفت، هينديرسون وايفانس (Shefer,Rose, Nellums, Thornicroft, Henderson &Evans, 2013)، بدراسة في المملكة المتحدة في مركز الأبحاث للطب النفسي في الكلية الملكية الانكليزية، حيث هدفت الدراسة الى التركيز على أن المعرفة أو المعلومات الحالية حول الاعتقادات لدى الأقلية العرقية من السود في بريطانيا تجاه الشعور بالوصمة والأمراض النفسية محدودة. تم جميع بيانات الدراسة من 10 مجموعات، خمس مجموعات درست بحيث شملت أفراد يتم علاجهم والآخرين من الأفراد الذين لا يتلقون العلاج للأقليات العرقية السوداء في بريطانيا. وأشارت النتائج أن التصورات الثقافية تجاه الأمراض النفسية قد عكست أربعة آراء لدى الأقليات العرقية السوداء في بريطانيا، وكشفت الدراسة أيضاً على أن التصورات الثقافية تؤثر على العلاقة مع العائلة وطلب المساعدة من قبل المرضى أو الأفراد المرضى نفسياً، بحيث يجب أخذها بعين الاعتبار في الإجراءات المتخذة لمحاربة الوصمة ودمج المجتمع مع الصحة النفسية.

كذلك قام لازوسكي وكولار وستورات وميلف (Lazowski, Koller, Stuart, Milev 2012,)، في كندا، بدراسة هدفت الى وصف مدى معاناة الأفراد المصابين بمرض الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية، وتحديد العوامل المرتبطة بالوصمة وتحديد مدى مصداقية خبرة الوصمة في مجتمع المصابين باضطراب ثنائي القطب. حيث أظهرت الدراسة أنه كان هناك العديد من الدراسات حول الشعور بالوصمة للمرضى النفسين، لكن القليل من الدراسات كانت حول هذه الظاهرة من وجهة نظر الأفراد المرضى أنفسهم (الوصمة الذاتية). وتكونت عينة الدراسة من (214) من المصابين بالاكتئاب واضطراب ثنائي القطب، حيث تم اختيارهم من

إحدى المستشفيات النفسية المحلية وتم شمولهم بالدراسة المسحية باستخدام مقياس تجارب الوصمة. أشارت نتائج الدراسة أن هناك مستويات عالية من خبرة الوصمة ولا تختلف حسب التشخيص، بحيث سجل الأفراد المصابين بمرض ثنائي القطب مستويات عالية من الوصمة الذاتية لأنفسهم ولعائلاتهم مقارنة بتلك الوصمة لدى مرضى الاكتئاب، و قد كانت أداة الدراسة على مستوى عالي من الثبات لعينتي الدراسة، والنتيجة أشارت أن الشعور بالوصمة مؤثر وبصورة سلبية على مرضى الاكتئاب ومرضى ثنائي القطب، وقد كان ذو دلالة اجتماعية نفسية عند ثنائي الأقطاب منه لدى مرضى الاكتئاب.

في حين أجرى ميتال، شيكوري، سوليفان، الي وكوريجان (Allee , Corrigan, , Mittal ، Chekuri, Sullivan, 2012)، دراسة هدفت إلى إجراء مراجعة وصفية ناقدة للدراسات المنشورة التي تصدت لاستراتيجيات تخفيض مستوى الوصمة الذاتية لدى مرضى الصحة العقلية. وتم في هذه الدراسة مراجعة قواعد بيانات Ovid، Pubmed، Psyeinfo من أجل الكشف عن الدراسات البحثية المنشورة بين الأعوام 2000 إلى2011، وتم بعد ذلك تضييق نطاق البحث بحيث تم البحث عن الدراسات التي استخدمت طرق إرشادية وعلاجية من أجل تقليص مستوى الوصمة الاجتماعية، والدراسات التي هدفت للكشف عن أثر الطرق العلاجية على الأفراد الذين يعانون من أمراض عقلية ونفسية. تم تحليل الدراسات باستخدام المنهجية الكمية، أشارت النتائج إلى أن ثمانية دراسات من الدراسات المنشورة قد أشارت بحصول تحسن في مستوى الوصمة الاجتماعية نتيجة لاستخدام استراتيجيات إرشادية تعمل على تخفيض مستوى الوصمة الاجتماعية لدى مرضى الصحة العقلية، وأشارت النتائج أيضاً أن معظم المرضى ممن يعانون من أمراض عقلية المشاركين في هذه الدراسات كانوا يعانون بشكل رئيسي من الفصام والاضطرابات المرتبطة بهذا المرض العقلي أو من الاكتئاب، وأشارت

النتائج إلى أن هناك استراتيجيات رئيسية كانت فاعلة في تقليص مستوى الوصمة الذاتية المرتبطة بالإصابة بمرض عقلي، وكانت البرامج التثقيفية النفسية هي الأكثر استخداماً في الدراسات السابقة، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن هناك تباين في الدراسات السابقة حول تعريف قياس بناء الوصمة الذاتية إضافة لذلك كان هناك تباين في أطر العمل المستخدمة في تحليل وقياس الوصمة الذاتية، وأشارت النتائج إلى أن هناك العديد من الدراسات التي افتقرت لإطار عمل نظري قوي من أجل تبرير الإستراتيجية المستخدمة في تخفيض مستوى الوصمة الذاتية المرتبطة بالإصابة بأحد الأمراض العقلية.

أما دلكي (Dalky,2012)، قامت بدراسة في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، كلية التمريض، بهدف تعريف ادراك الوصمة التي تعود للإصابة بالمرض النفسي ومقارنة منهجية التعامل للعائلات العربية مع الرعاية من بلدان مختلفة، وتناقش الدراسة ادراك تصورات محددة تتصل بالأسر وتصوراتها لوصمة العار، مثل ما الذي يؤثر على حقيقة ادراك الوصمة للعائلة والأقارب، ونتائج الرعاية المقدمة والتأقلم مع الاستراتيجيات التي تستخدم للتعامل مع الوصمة وآثاره في تلك البلدان، وتشير الدراسة أن المرض النفسي والعقلي المزمن يساهم في تصور معظم الأسر الى وصمة العار، وفي هذه الدراسة تنظر العائلات العربية لتجربة رعاية أحد أفراد الأسرة المصاب بمرض نفسي وعقلي بتجربة تصفها بالخوف، فقدان، خجل، عار، وعار على سمعة الأسرة، وعلاوة على ذلك تم الافصاح عن السرية والعزلة واليأس وقلة الحيلة بين المجموعات التي في العائلات الأردنية والعربية، وهذه الدراسة تؤكد أن المعايير والمعتقدات الثقافية تشكل التصور والتأقلم لأفراد الأسرة وقدرتها على رعاية الأقارب المصابين بالأمراض النفسية والعقلية، وبالتالي كانت النتائج تشير إلى الحاجة لمزيد من الدراسات بشأن التأقلم

واستراتيجيات التعامل التي هي ذات صلة ثقافيا، وإنشاء مبادرات للحد من وصمـــة المرض (العار) وتوسيع فهم وصمة العار من وجهات نظر ثقافية مختلفة .

وسعت دراسة قام بها عبد المجيد وربيع وباسم (2011)، بهدف دراسة اتجاه العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية في مصر والكويت تجاه المرضى النفسيين ومقارنتها بين البلدين لبحث أثر الاختلاف الثقافي بين العاملين في البلدين، حيث تم تقسيم العينة البالغة 347 مشارك الى مجموعتين، المجموعة الأولى (A) مصر والمجموعة الثانية (B) الكويت، و46 لم يكملوا الدراسة، وتم استخدام مقياس فهمي والشربيني للاتجاه للطب النفسي، وأشارت النتائج أن هناك دلالة إحصائية عالية جداً بين الاتجاهات في مجموعتي البحث ووجود اختلاف كذلك عند مقارنة النتائج مع البيانات الديموغرافية للمشتركين في البحث، وكشفت الدراسة أن اتجاه العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية تجاه المرضى المصابين بأمراض عقلية ليست أفضل من موقف الجمهور العام على الرغم من الاتصال المستمر مع هذه الفئة من المرضى، وهناك حاجة شديدة لتغيير وجهة النظر للمرضى العقليين والحد من الوصمة المصاحبة للمرض النفسي.

من جانب آخر قام جانين، نوجومي وجاكوبسون (Ghanean, Nojomi & Jacobsson, 2011) ، بإجراء دراسة في ايران هدفت الى دراسة التجربة الذاتية للمرضى النفسيين ما زالوا تحت العلاج في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ومنها دول إسلامية لقياس وصمة المرض النفسي في الأشخاص المصابين بأمراض عقلية في طهران(إيران)، والنظر في تجربة وصمه العار الداخلية، تكونت العينة من (138) من المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية أو الفصام من ثلاث مؤسسات للطب النفسي في طهران, وأستخدم الباحثون مقياس الوصمة للمرض النفسي المكون 29 فقرة، وفي نهاية الاستبيان استخدمت

الأسئلة المفتوحة للإجابة عن تجاربهم الشخصية في التمييز من الأخريين لأنهم مرضى نفسيين، وكانت النتائج تشير في الارتفاع على المقياس لوصمة العار بسبب الأمراض العقلية، وكان مستوى الوصمة مشابها لدراسات من أوروبا استخدمت المقياس نفسه، وتؤكد هذه الدراسة أن الإدراك الذاتي للوصمة في الأشخاص المصابين بأمراض عقلية موجود حتى في بيئة إسلامية يوجد بها تعاليم من القرآن الكريم مثل إيران.

في حين أجرى ليندسي وجو ونيبت (Lindsey, Joe & Nebbitt , 2010)، دراسة في جامعة ميريلاند، بالتيمور، الولايات المتحدة الأمريكية، هدفت الى معرفة دور وصمة العار للمرض النفسي والدعم الاجتماعي في أعراض الاكتئاب وطلب العلاج بين المراهقين من أصل افريقي. استخدمت في الدراسة أساليب البحث الكمي والنوعي، حيث استخدمت الأساليب الكمية لتحديد العوامل المرتبطة بأعراض الاكتئاب وطلب المساعدة والسلوك، بينما تم استخدام الأساليب النوعية لتوثيق العمليات والآليات الدقيقة التي يمر بها المراهقون في فهم الاستجابة لظاهرة الاكتئاب. تكونت العينة من (59) مراهق، واستخدم في الدراسة الكمية مقياس الوصمة وطلب المساعدة لفيشر وتارنر 1970، ومقياس الدعم النفسي لفريدمان وكوسيك وسلفيستر وكور وسايتس 2006، ومقياس الاكتئاب CES-D المكون من 20 فقرة، ولمعرفة المستوى المعيشي للمراهقين تم جمع المعلومات الديمغرافية، أما في الطريقة النوعية استخدمت الاسئلة المفتوحة، أشارت النتائج إلى الآثار الوقائية للدعم الاجتماعي في تقليل وخفض أعراض الاكتئاب، وكشفت النتائج أيضا الدور المحوري المهم للدعم الاجتماعي من الأسرة المترافق مع الدعم المهني والزملاء على حد سواء للمشاركين الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية، وأولوية الدعم الأسري جنبا لجنب مع الثقة بالمهنيين وشبكات الأقران، وتشير الدراسة إلى أن العمل مع الأسر قد يحسن للتعرف الأولي على الاكتئاب بين المراهقين ويقلل الحواجز لرعايتهم النفسية.

اما كارموسطفى ليوجلو (Karamustafalioğlu, 2010)، فقد أجرى دراسة في قسم الطب النفسي في مستشفى البحوث، اسطنبول، تركيا، هدفت الى دراسة اضطراب الاكتئاب الكبير (Major)، والرعاية الصحية العقلية، واستخدام المبادئ التوجيهية في الشرق الأوسط. حيث أشارت الدراسة إلى وجود فجوة كبيرة بين عدد الأشخاص الذين يحتاجون الى العلاج وعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج للاكتئاب في منطقة الشرق الأوسط، وقد شملت أيضا تلك الحواجز للرعاية الصحية والنفسية في المنطقة وعدم وجود التثقيف التعليمي لمقدمي الرعاية الصحية الأولية عن الأمراض، وندرة المدربين المتخصصين بالرعاية الصحية العقلية، ونقص الموارد في البلدان النامية، ووصمة المرض النفسي في ثقافات الشرق الأوسط، حيث لم يتم وضع مبادئ توجيهية لعلاج الاكتئاب في معظم البلدان في المنطقة، وقد أنشئت توجيهات ومبادئ توجيهية للممارسين والعاملين والأطباء النفسيين في تركيا مشابهه تماما للتعليمات الموجهة بالغرب، ويتم تقييم هذه المبادئ التوجيهية (Guidelines) باستخدام أداة (AGREE)، على الرغم أن المبادئ التوجيهية توصي بمضادات الاكتئاب كعلاج في الخط الأول لعلاج الاكتئاب، وأحد أسباب هذه الفجوة في العلاج قد يكون أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب كثيراً ما يسعون للعلاج من مقدمي الرعاية الصحية الأولية ويسجلون أعراض جسدية، ومقدمي الرعاية الصحية الأولية قد لا يكون لديهم معرفة عن تشخيص الاكتئاب أو معاملته كالأطباء النفسيين، وقد لا يكون لديهم معرفة بالتصنيفات الصحيحة لفئات معينة من الأدوية، وأوصت الدراسة بأن هناك حاجة لمزيد من التثقيف والتعليم لكل من الأطباء والمرضى في منطقة الشرق الأوسط للتقليل من الوصمة المرتبطة بالاكتئاب .

وأجرى كوك ووانغ (Cook & Wang, 2010)، دراسة كندية هدفت إلى تقدير النسب المئوية لمختلف مواقف الوصم نحو الاكتئاب في عينة من السكان الكنديين ومقارنة النسب

المئوية، التي كتبتها التركيبة السكانية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية. وكان حجم العينة 3047 تم إجراء مسح مستعرض (Cross-sectional)، في البرتا، كندا بين فبراير ويونيو (2006)، باستخدام الاتصال الرقمي العشوائي لتجنيد المشاركين الذين كانت أعمارهم 18-74 سنة، وقد قدم المشاركون وصف لحالة الفرد عن الاكتئاب، واستجابوا (للاستبيان المكون من 9 بنود من الوصمة الشخصية)، وقدرت النسب المئوية من المواقف للوصمة بواسطة المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وأشارت النتائج أن من بين المشاركين 9.45% أجابوا أن الإصابة بالاكتئاب لا يمكن التنبؤ بها، و21.9% أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب خطيرين، وفي الدراسة كان هناك اختلافات كبيرة في المواقف تجاه الوصمة حسب الجنس والعمر والتعليم، وأنه نسب الوصمة للرجال بالإصابة على كل بند من بنود الاستبيان أكثر من النساء، ولا يوجد اتجاه ثابت للعمر تجاه الوصمة ضد الاكتئاب، وكان المشاركون ذوي مستويات التعليم الأعلى لهم مستويات وصمة أقل من تلك التي وصم بها الأقل تعليما، وكانت النتائج تشير إلى أن وصم المواقف تجاه الاكتئاب تختلف حسب الخصائص الديمغرافية للمرضى، فالرجال الأقل تعليماً هم المستهدفين لحملات مكافحة وتقليل وصمة العار للمرض النفسي.

في حين أجرى كل من فيجا وريدروجيز وآنج (Vega, Rodriguez & Ang, 2010)، دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية كانت بعنوان : التصدي لوصمة عار الاكتئاب لمرضى الرعاية الصحية الاولية اللاتينيين. حيث هدفت الدراسة إلى تطوير قائمة حول الشعور بالوصمة تساعد اختصاصي العلاج النفسي في التعامل مع حالات الاكتئاب من الأفراد المرضى من أصول لاتينية، شملت عينة الدراسة (200) شخص من الأفراد ذوي الدخل المنخفض، الناطقين بالإسبانية من الأصل اللاتيني ضمن عيادات الرعاية الصيحة الأولية حيث تم مسح الاكتئاب

باستخدام "استبيان الصحة للمريض 2 و9 PHQ-2) Patient Health Questionnaires و PHQ-9 and) والاطلاع على سجلات الحالات المرضية، ولقد شمل أسلوب الدراسة فقرات عديدة مرتبطة بحالة الشعور بالوصمة، والأساليب التجريبية استخدمت لأعداد استبنانة (قائمة) الشعور بالوصمة الأولية على عينة المرضى المشاركين في الدراسة، والمعلومات التي تم الحصول عليها استخدمت لاثبات صدق الأداة، ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين أظهروا مستويات شعور بالوصمة أكثر حسب مقياس الشعور بالوصمة قد كانوا أقل قابلية للإفصاح عن تشخيص حالات الاكتئاب لديهم أمام عائلاتهم وأقل دافعية تجاه تناول مضادات الاكتئاب، كذلك بينت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين يصابون بهذه الحالة كانوا أقل كفاية في التعامل بحالة الاكتئاب، وأنهم أكثر عرضة لتفويت أو عدم الحضور لمواعيد العلاج والتشخيص.

ومن جانب آخر قام أحمد (2009) بدراسة في غزه هدفت إلى معرفة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي في ضوء متغيرات: التدين، والعمر، والجنس، والمستوى التعليمي، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري، وتكونت عينة الدراسة من (300) شخص من ذوي المرضى النفسيين الذين يعالجون مرضاهم في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية، وبلغ متوسط أعمارهم (32.8) سنة بانحراف معياري (3.10) سنة، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (45%) بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (55%) وكانت الأدوات المستخدمة عبارة عن مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس مستوى التدين، وقام الباحث بإعداد هاتين الأداتين والتأكد من صدقهما وثباتهما، وكشفت أهم نتائج الدراسة أن اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ايجابي وبنسبة (65.6%)، وأن مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسين عالي وبنسبة (93.3%) وأنه كلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين كلما زاد اتجاههم

الايجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح، وتبين أيضاً أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إعدادي فأقل، كذلك تبين أن الأفراد الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة علمية من ثانوية عامة فأقل، وأن الأفراد الذين مستوي دخل أسرهم يتراوح بين (1201 شيكل) حتى (2500 شيكل)لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستوى دخل أسـرهم أقل مـن (200 شيكل) بينما لم تلاحظ أي فروق إحصائية بين المستويات الأخرى، وأنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تبعاً للمتغيرين الجنس ومكان السكن.

وسعت دراسة السايس والناشري (2009) بالمملكة العربية السعودية الى معرفة اتجاهات المجتمع نحو الأمراض النفسية وأسباب الإحجام عن البحث في العلاج النفسي عند الحاجة إليه، ومن ثم التخطيط لحملات توعية بماهية الأمراض النفسية وأسبابها وطرق علاجها حتى يتم التغلب على بعض المعتقدات الخاطئة التي ترسخت في أذهانهم وأصبحت جزءاً من الثقافة المجتمعية. وكان حجم العينة 100 شخص، واستخدمت استمارة "استطلاع رأي الزوار" كأداة للدراسة. وشملت عينة الدراسة الفئات العمرية الواقعة بين 20-55 سنة، وكانت نسبة الإناث المشاركات أكبر من نسبة الذكور(65.3%)، وكانت نسبة المشاركين من التعليم الجامعي 60.4% وما فوق الجامعي 7. 32.%، مما يوضح أن غالبية المستجيبين كانوا من المتعلمين والذين لديهم خلفية جيدة عن الموضوع وكانت النتيجة ارجع معظم المشاركين في الدراسة (52.5%) سبب عدم توجه المريض النفسي لطلب العلاج حين إحساسه بالأعراض، إلى النظرة

السلبية التي ينظر بها المجتمع إلى المريض النفسي، ورأى (31.7%) منهم أن السبب عدم اقتناع المريض وأسرته بالطب النفسي، وأشار (15.8%) أن السبب قد يرجع إلى لجوء كثير من أفراد المجتمع إلى الشيوخ وذلك لاعتقادهم أن المرض النفسي مس شيطاني، وهذا يؤدى إلى التأخر في طلب العلاج النفسي وانتكاس الحالة، وعن نظرة المجتمع إلى المريض النفسي يرى (57.4 %) أنه خطر على المجتمع ويجب الحجر عليه، بينما يرى (34.7 %) أنه مريض كغيره ولكن يحتاج إلى فترة طويلة من العلاج، وعن أسباب نظرة المجتمع السلبية للعلاج النفسي الطبي يرى (49.5%) أن السبب يعود إلى أن الأمراض النفسية تحيطها الكثير من الخرافات التي لا أصل لها من الصحة، الأمر الذي يستدعي نشر الوعي الصحي بالأمراض النفسية بشكل مكثف، ويرى (30.7%) أن السبب هو عدم إمكانية شفاء المريض النفسي بشكل كامل، ويضيف إلى ذلك عدم الثقة بالأطباء النفسيين (19.8%).

في حين أجرى هوبسون (Hobson , 2008)، دراسة بهدف التوعية الى الصحة النفسية وقياس أثرها في تقليل وصمة المرض النفسي، وزيادة السلوك الايجابي لتلقي العلاج. حيث وجد الباحث أن وصمة العار المرتبطة بالرعاية الصحية النفسية عامل مهم في قرار الناس للبحث والانخراط في العلاج النفسي أو الإرشاد، وكانت العينة مكونة من 196 شخص قسمت الى عينة تجريبية تلقت برنامج تثقيفي وعينة ضابطة لم تتلقى البرنامج، وحاول الباحث قياس آثار التعليم على الصحة العقلية والتأييد الطلابي من وصمة العار والوصمة الاجتماعية النفسية، وكذلك المواقف تجاه المشورة، ونوايا للحصول على المشورة، واستخدمت عدة دراسات استقصائية في هذه الدراسة لتقييم العلاقة بين الوصمة الاجتماعية والمواقف تجاه النفس لطلب المساعدة النفسية ونوايا للحصول على المشورة، واستخدم الباحث مقياس الاتجاه نحو طلب المساعدة النفسية، ومقياس وصمة المرض النفسي لطلب الاستشارة النفسية، ومقياس للوصمة الاجتماعية، وكانت

النتائج تكشف وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تقديرات وصمة المرض النفسي والسلوك في طلب الخدمات النفسية، ودلالة إحصائية لوصمة العار بين النفس والنوايا لطلب المشورة. وأظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية إيجابية بين الوصمة الاجتماعية والمواقف تجاه طلب الخدمات النفسية والاجتماعية وطلب المشورة النفسية، ووجدت هذه الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات التثقيف في الصحة العقلية والنفسية أكثر تقبلاً للحصول على خدمات استشارية من الأفراد في المجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة الأنصاري وآخرين (Ansari et al,2008)، التي أجريت في الباكستان الى دراسة المفاهيم السكانية والاجتماعية وعلاقتها وارتباطها بالمرض النفسي. حيث تكونت العينة من 1208 من مختلف الامراض النفسية، واستخدم الباحثون الدراسة الرجعية، وجمعت المعلومات من المرضى الذين أدخلوا قسم الأمراض النفسية، أو حولوا بطريقة مباشرة، العينة كانت من المرضى المقيمين ومن مراجعين العيادات لمستشفى حيدرأباد مابين (2001-2004) وطبق عليهم مقياس الوصمة، وقورن بالخلفيات الاجتماعية وحللت المعلومات باستخدام التحليل الإحصائي، وأشارت النتائج بأن الوصمة موجودة بكل طبقات المجتمع وخصوصاً المصابين بمرض عصبي، وأن 27% من مجتمع الدراسة يعاني من وصمة المرض النفسي لصالح الذكور أعلى من الإناث والأشخاص البدو يحملون شعور بالوصمة أعلى ولكن ليس له دلالة إحصائية، وجزء من الأشخاص غير المتعلمين عندهم شعور بالوصمة، والمستوى التعليمي يلعب دور بزيادة الوصمة في مجتمع العينة، حيث وجد أنها تزداد مع المستوى التعليمي.

أما الدراسة التي قام بها لينك وكاستيل وستبر(Link , Castille & stuber,2008)، هدفت إلى الكشف عن بعض الطرق والاستراتيجيات المستخدمة في معالجة الوصمة الاجتماعية لدى مجموعة من المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية ويراجعون العيادات الخارجية في

أحدى المستشفيات الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (184) مريضاً يعانون من أمراض عقلية شديدة، واستخدمت الدراسة مجموعة من المقاييس مثل مقياس الالتزام بالبرنامج العلاجي، مقياس التعاون مع مقدم الخدمة الصحية، واستخدمت الدراسة المنهجية الطولية حيث تم متابعة أفراد عينة الدراسة لفترة استمرت سنتين. أشارت النتائج إلى أن هناك تصورات مختلفة لدى أفراد عينة الدراسة حول الوصمة الاجتماعية المرتبط بالإصابة بمرض عقلي، وأشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الالتزام بمواعيد العيادات الخارجية لدى مرضى الأمراض العقلية الذين يعانون من وصمة اجتماعية وبين تحسن جودة الحياة لديهم، وأشارت أيضا النتائج إلى أن الالتزام بمواعيد العلاج الذي يحدث بتخفيض مستوى الوصمة الاجتماعية كان مرتبط مع تحسن الوظيفية الاجتماعية لدى مرضى الأمراض العقلية الذين يعانون من أمراض عقلية، وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستوى الوصمة الاجتماعية الذاتية وبين النظرة السلبية نحو الحياة، والشعور بالتمييز الاجتماعي وانخفاض مستوى تقدير الذات والفاعلية الذاتية.

في حين هدفت دراسة وانغ وفيك وادير ولاي (Wang., Fick., Adair& 2007 Lai,)، والتي اجريت في كندا، الى تحديد العلاقة بين وصمة العار للاكتئاب وعلاقته بالعوامل الديموغرافية، الجنس (النوع) للمريض، ومدى المعرفة للمريض ونظرته للمرض. استخدم مقياس وصمة العار للاكتئاب كأداة للدراسة، وتم اجراء دراسة مسحية لعينة مكونة من (3047) شخص من البالغين في البرتا، حيث كانت النتائج كالتالي: ارتبط الاكتئاب في وصف الحالة للدخول بالمعالجة مع حالات درجات الوصمة القليلة بغض النظر عن الجنس، وتأييد الأطباء العامين (GP) وأطباء الأسرة لتناول الأدوية بأنها أفضل مساعدة لعلاج الاكتئاب، يرتبط سلبا مع علامات الوصمة للنساء، أما الرجال: تأييد الأسرة والأصدقاء كأفضل مساعدة لعلاج

الاكتئاب، يرتبط ايجاباً بالوصمة، وكان النساء اللواتي لديهن عائلة وأصدقاء ويعانين من الاكتئاب لديهن وصمة العار أقل من النساء اللواتي لم يكن لديهن، وهذا لم يلاحظ بين الرجال المشاركين حيث كان الأهم الأداء المهني ووجود علاقات عائلية وثيقة وأصدقاء وضعف الشخصية تكون عوامل مهمة للاكتئاب، وأشارت النتائج أن مسألة التثقيف الصحي النفسي تعتبر من العوامل الأساسية المساعدة في تقليل وصمة الاكتئاب، وأن المقابلة الشخصية للمرضى الإناث المصابات بالاكتئاب له تأثير ايجابي في التقليل من الوصمة، والحاجة لتعزيز التثقيف بالصحة النفسية وتوضيح المفاهيم الخاطئة عن أسباب مرض الاكتئاب والأدوية المستخدمة وعوامل الخطر للإصابة، وأشارت النتائج أيضاً أن الوصمة لها تأثير مختلف بين الجنسين.

وأجرى واتسون وكوريجان ولارسون وسيلس (Watson, Corrigan, Larson & Sells,2007)، دراسة هدفت إلى وصف نموذج للوصمة الاجتماعية الذاتية ودراسة بعض العمليات التوسطية (المتغيرات الوسيطة) التي تساهم في تطوير الوصمة الاجتماعية الذاتية لدى مرضى الصحة العقلية. تكونت عينة الدراسة من (71) من مرضى الصحة العقلية الذين تم اختيارهم عشوائياً من أحد أقسام الصحة النفسية الذين يراجعون عيادة الصحة العقلية في أحد المستشفيات الأمريكية، واستخدمت الدراسة مقياس تدريج الوصمة الذاتية للصحة العقلية، مقياس التماهي مع المجموعة، مقياس الشرعية المدركة، مقياس تقدير الذات، ومقياس فاعلية الذات في جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، وتم استخدام تحليل التباين الثنائي لبيانات عينة الدراسة. أشارت النتائج إلى أن التماهي مع المجموعة والشرعية المدركة تلعب دوراً في تطور الوصم الاجتماعي الذاتي لدى مرضى الصحة العقلية.

وأجرى كيلي وجورم (Kelly& Jorm ,2007) دراسة في جامعة مولبورن باستراليا هدفت الى إطلاع القارئ على الأبحاث الحديثة حول المواقف الموصومة تجاه المرضى الذين

يعانون من اضطرابات المزاج، ووصف بعض التداخلات العلاجية حول هذا المجال. حيث أظهرت النتائج أن العامة يشعرون أن مواقفهم محسوسة أكثر تجاه المرضى المكتئبين وأكثر تمييزاً من مواقفهم تجاه الأفراد الآخرين، وهؤلاء الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب، شعورهم بالوصمة الذاتية تجاه مرضهم بالاكتئاب أكثر من الشعور بالوصمة من الآخرين بما فيهم المختصين، وبالتالي تمنع المرضى من طلب المساعدة، وأن العامل الرئيسي الذي يساعد على تحسين الموقف تجاه الآخرين ذوي الأمراض النفسية هي الاتصال الشخصي، وأن هناك تحسن طفيف في المواقف قد حصل بسبب العلاج عبر الانترنت، لكن ينبغي أخذ الحذر بأن التحسن بمعرفة ماهية الاضطرابات النفسية العقلية لا يؤدي إلى زيادة المساحة الاجتماعية، وأظهرت النتائج أن هناك دراسات قليلة حول مواقف الشعور بالوصمة بالنسبة للأفراد المصابين باضطرابات المزاج، ذلك أن معظم الأبحاث حول هذا الموضوع قد ارتبطت بالشعور بالوصمة للأفراد المصابين بالإمراض المستعصية مثل الفصام، وعند عمل الدراسة على اضطرابات المزاج، تم التركيز على حالة الوصمة العامة والذاتية، حيث أن هناك القليل من الأبحاث حول هذا الموضوع أو الإجراءات المتبعة في معالجة هذا الموقف السلبي من هذه الفئة من الناس.

أما أبو جربوع (2005) فقد اجرى دراسة في فلسطين هدفت إلى تخفيف وصمة الشعور بالمرض النفسي المرتبط بالعلاج النفسي. عينة الدراسة كانت من خلال تطبيق المقياس على عشرة آباء وعشر أمهات لذوي مرضى نفسيين مسجلين في العيادة النفسية المجتمعية في خان يونس وهم من مدينتي رفح وخان يونس، قد اختار الباحث العينة من مجموع (100) بناءاً على أعلى الدرجات في مقياس وصمة المرض النفسي، وكانت الأداة المستخدمة مقياس أعده الباحث وجعل له صدق وثبات عن طريق صدق المحكمين والتجزئة النصفية، ومن خلال تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح الذي اعده الباحث كانت النتائج تشير الى وجود فروق ذات دلالة

إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى 0.05 لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى 0.05 لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي والتتبعي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الذكور وأداء الإناث في مظاهر الشعور بالوصمة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

وقام فانغ ين وآخرون (Fang Yen et al,2005) بدراسة هدفت الى تقيم وصمة العار الذاتية للمرضى المراجعين في العيادات الخارجية التايوانية الذين يعانون من الاكتئاب ودراسة العوامل المرتبطة بالوصمة الذاتية. حيث استخدم بالدراسة مقياس الوصمة الذاتية، وكانت العينة مكونة من (247) مريض اكتئاب، وتم دراسة مستوى الوصمة وعلاقتها بمستوى الاكتئاب والخصائص الاجتماعية الديمغرافية، وأشارت النتائج أن 25 % من العينة لديهم مستويات عالية من الوصمة الذاتية، والمرضى الذين يعانون من مستوى اكتئاب شديد ومستويات تعليم أقل كانوا أعلى مستوى بالوصمة الذاتية، ووجدت الدراسة أيضاً ان مرضى الاكتئاب في تايوان والولايات المتحدة لا يلجئوا للعلاج بسبب الوصمة التي تشكل عائق لطلب واستمرارية العلاج مما يشير للحاجة الماسة لمزيد من الدراسات حول تحسين الالتزام بالعلاج بين المرضى الذين يعانون من الاكتئاب، وأشارت أيضاً الدراسة أن الوصمة منتشرة جداً بين مرضى الاكتئاب وأن الدراسات التي تدرس الوصمة من وجهة نظر المرضى أنفسهم قليلة.

كما أجرى كورجان (Corrigan,2004) دراسة بهدف بيان كيف تؤثر حالة الشعور بالوصمة على الرعاية الصحية النفسية. ذلك أن الكثير من الناس المستفيدين من الخدمات النفسية يفشلون في متابعة العلاج أو المشاركة فيه بعد بدء تقديم الخدمات، وذلك إن إحدى أسباب هذه المسألة هي الشعور بالوصمة، حيث تؤثر بهم التسمية والعلامة المؤذية التي يوصمون بها من

المرض النفسي، بحيث يقرر الفرد عدم المشاركة أو المشاركة بشكل جزئي، والوصمة تجلب نوعين من الأذى تؤثر في الشعور باحترام الذات وتحرم الفرد من فرص التفاعل الاجتماعي، ولذلك وعبر مراجعة الدراسات المرتبطة بهذا المجال، أشارت نتائج الدراسة لعمل مزيد من الأبحاث وتسليط الضوء لوضع توصيات تساهم في تعميق المفاهيم حول تلك الحالة أو العلاقة بين الشعور بالوصمة وطلب الرعاية الصحية، وعمل برامج تحارب الوصمة وتؤدي لطلب الرعاية الصحية وتلقي العلاج النفسي.

وسعت دراسة قام بها انجرمير وماتشينجر(Angermeyer& Matschinger, 2004) الى البحث ما إذا كانت المواقف العامة تجاه المكتئبين قد تحسنت على مدى العقد الماضي أم لا، وأستخدم الباحث في الدراسة الطريقة المسحية، حيث تم عمل دراسة مسحية بالقرعة للسكان البالغين في جمهورية ألمانيا الاتحادية عام 2001، مستخدما نفس المنهجية التي تمت عمل بها مسح سابق عام 1990. وأشارت النتائج: فيما يتعلق بردود الفعل العاطفية من المستطلعين نحو الأشخاص المصابين بالاكتئاب، فالنتائج التي توصلوا إليها غير متناسقة، بينما كان هناك زيادة في الاستعداد للشعور بالشفقة وأيضاً زياده طفيفة في الميل إلى رد الفعل العنيف، وظل التعبير عن الخوف دون تغير والرغبة للمسافة الاجتماعية (distance) من المصابين بالاكتئاب قوية عام 2001 كما في عام 1990، وفرضية حدوث التغيير للأفضل بشأن المواقف العامة تجاه الناس المكتئبين لم تدعمها الدراسة (أي لا يوجد تغير)، وهناك حاجة كبيرة لبذل مزيد من الجهود لتحقيق الهدف .

وأجرى داينوس، وستيفين، وسيرفاتي، وويش وكينج (Dinos, Stevens ,Serfaty, Weich, &King,2004)، دراسة بهدف وصف العلاقة بين الوصمة الناتجة عن الأمراض العقلية، والتشخيص النفسي، وعلاج الوصمة الاجتماعية الذاتية الناتج عن الأمراض العقلية

وتأثيرات الوصمة المرتبطة بالأمراض العقلية على الفرد وصحته النفسية الجسدية. استخدمت الدراسة المنهجية النوعية حيث تم إجراء المقابلات مع عينة مكونة من (46) من مرضى الأمراض العقلية الذين يراجعون إحدى عيادات الأمراض النفسية العقلية في أحد المستشفيات في شمال لندن، واستخدمت المقابلة كأداة في الدراسة، وأشارت النتائج إلى أن الوصمة الاجتماعية الناتجة عن الإصابة بالمرض العقلي كانت أحدى مصادر القلق الواضحة بالنسبة لجميع المشاركين في الدراسة الحالية، وأشارت النتائج أيضا إلى أن المرضى الذين يعتمدون على تناول الأدوية يسجلون مستويات عالية من الخوف حول التعرض للوصمة الاجتماعية نتيجة للإصابة بالأمراض العقلية، وأشارت النتائج إلى أن المرضى المصابين بالاكتئاب، القلق، الاضطرابات الشخصية كانوا الأكثر تسجيلاً للمستويات أعلى من الوصمة الاجتماعية حتى لو لم يكونوا يختبرون أي نوع من التمييز الاجتماعي الناتج عن إصابتهم بالمرض العقلي.

وهدفت دراسة سيري وآخرون (Sirey et al.,2001) والتي أجريت في الولايات المتحدة الامريكية الى معرفة الشعور بالوصمة كحاجز أمام عملية التحسن: والوصمة المتوقعة وشدة المرض كمؤشرات للالتزام بالأدوية المضادة للاكتئاب. حيث قام الباحثون بدراسة المعوقات الرئيسية التي تسبب عدم الالتزام بالعلاج ضمن عينة مختلفة من الفئات العمرية لأفراد مصابين بمرض الاكتئاب لمراجعي العيادات الخارجية، واستخدموا عينة مزدوجة المراحل لتحديد حالات البالغين الذين تم تشخيص حالاتهم بالإصابة بالاكتئاب الحاد، حسب المقابلة العيادية المقننة للأفراد الذين سعوا للحصول على العلاج النفسي في العيادات الخارجية، وقد تم تطبيق أدوات إضافية حديثة على (134) شخص تم تشخيصهم حديثا ووصفت لهم مضادات الاكتئاب لمدة أسبوع على الأقل وتقيم حالة الشعور بالنقص لديهم (الوصمة)، وشدة المرض، وأخذ وجهات نظرهم حول عملية العلاج، وإعادة إجراء المقابلة مع المرضى بعد 3 أشهر وتم

تشخيص حالتهم هل هم: ملتزمون أو غير ملتزمين، حسب المقاييس الذاتية و بعدد وتكرار الجرعات العلاجية التي لم تؤخذ، واشارات نتائج الدراسة إلى أن الالتزام بالعلاج قد ارتبط بمستويات أقل من الشعور بالنقص، وبمستوى أكثر ذاتياً لشدة المرض، ومن الأفراد من فئة 60 سنة فأكثر مع عدم وجود أمراض شخصية أخرى للمريض، وعدم وجود أية خصائص أو أمراض أو معالجات ارتبطت بالالتزام بالعلاج، أن الشعور بالنقص والوصمة للفرد وتصورات المريض حول المرض تلعب دوراً مهماً في الالتزام بالعلاج الدوائي لمرضى الاكتئاب، وأشار الباحثون إلى أن العوائق النفسية والوصمة تحد من الالتزام بالعلاج وتؤثر على عملية العلاج.

من جانب آخر قام سيمس (Sims, 1992) بدراسة في المملكة المتحدة هدفت الى قياس مدى الشعور بالوصمة للإنسان نتيجة الإصابة هو أو أحد أفراد أسرته بالاكتئاب النفسي. تكونت عينة الدراسة من (2009) شخص في عام 1991 من عمر 15 فما فوق وكانت أداة الدراسة المقابلات المفتوحة، وتوصلت الدراسة إلى أن وصمة المرض النفسي وجدت لدى أكثر من نصف العينة الذين تمت مقابلتهم حيث إنهم أجابوا بمرورهم بتجربة الاكتئاب سواء عبر خبرة ذاتية أو عبر الاتصال بقريب، و13% من العينة أجابوا أن أي إنسان يمكن أن يصاب بالاكتئاب نتيجة لمصيبة تقع في الأسرة كموت أحد أفرادها أو طلاق أو بطالة، ومن العينة الكلية 60% أجابوا أنهم يتوجهون إلى الطبيب العام إذا أصيبوا بالاكتئاب و73 % منهم اعتبروا أن الاكتئاب مرض طبي مثله مثل أي مرض آخر، و78% من العينة الكلية ضد تناول الأدوية، ومن النتائج المهمة التي توصل إليها الباحثان أن 85% من العينة تجد أن الارشاد النفسي فعال جدا وأن تحسين الحالة المعرفية والوعي العام ومناقشة موضوع الوصمة مع المريض النفسي مهم بتخفيف وصمة المرض النفسي حيث أنها تفقد من خلال المناقشة الشخصية الانفعالية.

وهدفت دراسة خليفة (1987) إلى معرفة معتقدات واتجاهات عائلات وأقارب المرضى النفسيين ومقارنتها باتجاهات الجمهور العام نحو هؤلاء المرضى ولهذه الغاية طبق الباحث مقياس من إعداده سنة (1984) يتكون من (101) عبارة (74) عبارة تقيس المعتقدات و(27) تقيس الاتجاهات، على عينة تكونت من (400) فرد مصري، بحيث تنقسم العينة إلى قسمين (200) من أقارب المرضى النفسيين وممن لهم علاقة مباشرة مع المرضى (100) من الذكور و(100) من الإناث و(200) من الجمهور العام (100) من الذكور و(100) من الإناث، وكشفت النتائج عن وجود معتقدات واتجاهات سلبية لدى من لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين من أسرهم وأقاربهم ومن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى من الجمهور العام، وأن المتعلمين من العينة أكثر تسامحاً ورغبة في التوجه للعلاج الحديث أكثر من الأميين وعكست الاتجاهات ما يوجد لدى أفراد العينة من تصورات خاطئة حول طبيعة المرض النفسي وأعراضه وأسبابه وطرق علاجه.

ثانيا دراسات برامج الدعم النفسي الاجتماعي:

أجرى ساتو واكابوشي وانزاي واينو (Sato, Ikebuchi, Anzai & Inoue, 2012)، دراسة بهدف اختبار فعالية برنامج نفسي اجتماعي لتأهيل المرضى لمدة طويلة (Long-term) من مرضى الفصام للخروج من المستشفى وهو برنامج منقح ومدروس باسم (Discharge preparation program) (برنامج تحضيري للخروج من المستشفى). حيث كانت طريقة الدراسة دراسة عشوائية لعينة تجريبية تكونت من 26 مريض، وعينة ضابطة (23) مريض، وكانت مؤشرات النتائج (تأخذ من خلال تقييم الممرضات)، وصعوبات خروج المريض (تقييم المريض) الأعراض النفسية، المعرفة حول المرض والدواء، والمرضى الذين خرجوا خلال 6 أشهر الماضية بعد الانتهاء من البرنامج، أشارت النتائج الى وجود تحسن وفروقات دالة على

(Scores) الدرجات على (Issue of treatment complain) القضايا المتعلقة بالتقيد بالعلاج، وأيضا على درجات (حياه التوحد) والتي هي من المقاييس الفرعية على مقياس صعوبات الخروج (Discharge difficulty) للمجموعة (DPP) Discharge Preparation Program، وفي التحليل الاحصائي تبين أن البرنامج قادر على تعزيز أداء جيد، أي له تأثير على المرضى، وأشارت النتائج أن الدراسة والنتيجة الحالية لهذه الدراسة تتفق مع الدراسات السابقة وأن البرنامج النفسي الاجتماعي مفيد في دعم الخارجين من المستشفى من مرضى الفصام في اليابان .

ومن جانب آخر قام الدن وآخرون (Allden et al.,2009)، بدراسة عملية أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى تحديد العوامل المسببة لقلة الأبحاث حول مجموعات الدعم، واستخدم بالدراسة طريقة استعراض الأدب السابق من منشورات، وتقارير وكالات لمبادئ توجيهية ذات الصلة مثل المبادئ العامة الأخلاقية في البحوث، والقضايا عبر الثقافات، والبحوث في البلدان فقيرة الموارد، وفئات معينة من السكان مثل الناجين من التعذيب واللاجئين والأقليات والأطفال والشباب والمرضى النفسين، أشارت النتائج الى أن مجموعات الدعم المتبناه والمتبعة هذه ثبتت مفاهيم البحث العامة التي تم تبنيها عبر عدد من الأبحاث، وتشمل تقيم الحاجات وجمع البيانات ومراقبة تلك المجموعات وتقييم أدائها، بحيث أن الإشارات حول تلك البرامج تضمنت أموراً مثل: تطبيق آليات التعميم النوعي والتكويني وتعميم آثار العلاج والصحة النفسية المطبقة في هذا الميدان (نفسي اجتماعي). عدم إطلاق أي مجموعات دعم حول الحالات الشاذة أو الطارئة بسبب ندرة الأبحاث والمعلومات عنها، إطلاق المزيد من الدراسات حول الأمور والقضايا التي تم التطرق إليها من قبل أفراد المجتمع بما في ذلك: مزايا وفائدة الأبحاث من الموضوع قضايا متعلق بثبات تلك الدراسات، مدى حياديتها، المخاطر، اختيار ومشاركة

أفراد العينات، السرية، المدافعة على المشاركة، نشر المعلومات. بحيث يكون هناك مواضيع وتوصيات رئيسية مباشرة التي يمكن تطبيقها ضمن المجموعات والأمور التي تحتاج إلى المزيد من الدراسة والتطوير في هذا الميدان.

كذلك قام ويشمان (Wischmann, 2008) بدراسة هدفت إلى تسليط الضوء على مختلف الإجراءات العلاجية النفس اجتماعية التي تم التوجيه بها لعلاج الأفراد المصابين بالعقم. حيث أن الهدف يختلف من التداخلات لمجموعة الدعم النفسي الأجتماعي، وما زال غير واضح، وبعض التداخلات تحت بعض الظروف تكون مؤذية، وكانت الاداة استبانة مسحية تشمل مدى فعالية مجموعات الدعم النفسي اجتماعي في دعم حالات العقم، وكانت نتائج الدراسة تشير الى أن المعلومات المقدمة المرتبطة – بالنواحي الفنية لدراسات العقم تساعد المرضى على التكيف مع حالتهم وإتباع تقنيات العلاج الايجابية، وتلك المعلومات تقدم من خلال نشرات تثقفية مكتوبة أو أفلام تثقيفية، ويعد استخدام الانترنت سهل وسريع ويسهل على المصابين الحصول على المعلومات حول حالات العقم وطرق العلاج الإيجابية ولكن بنفس الوقت قد يحصلوا على معلومات خاطئة، واستخدام أسلوب الاستشارات الهاتفية في الحصول على البيانات العلمية والتفاعل مع مشكله العقم يكون مفيد ولكنه لا يغني عن أسلوب المقابلة المباشرة (وجهاً لوجه) في الفائدة النفسية الأجتماعية، وأسلوب مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي العلاجية يستخدم في تقوية مهارات التكيف أو تمكين الأفراد من اكتساب مهارات مناسبة، والارشاد النفسي الاجتماعي يعتبر فعال في الحد من ردود الفعل السلبية، وأشارت النتائج أن إرشاد حالات العقم واستخدام مجموعات الدعم تعتبر أكثر الأساليب نجاحاً في علاج الأثار النفسية الناتجة عن حالات العقم من بين أساليب العلاج النفس اجتماعية.

في حين أجرى أشا وآخرون (Acha et al.,2007)، دراسة هدفت إلى تطوير روح الالتزام بالعلاج للأفراد المصابين بالسل المقاومين للعلاج في البيرو (MDR-TB) من خلال استخدام مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي. تكونت عينة الدراسة من (285) مريض مقسمين لثمانية مجموعات يعيشون في ليما (Lima) والبيرو، وأشرف على الدراسة أطباء نفسيين وممرضات، وكانت إجراءات الدراسة مكونة من أن تلتقي مجموعات الدعم مرتين شهرياً، وتتضمن التداخلات تمارين استرخاء، احتفالات رمزية، وورشات عمل عائلية دورية، وبينت نتائج هذه الدراسة من بين الـعينة المكونة من (285) شخص شاركوا في الدراسة 3.5% من المرضى فقط تخلفوا عن العلاج، وتم في الدراسة مناقشة طبيعة الخدمات المقدمة، بيانات المرضى، الصعوبات النفسية التي يعاني منها المجتمع، والتحديات ومدلولات ذلك، وقد تبين أن مجموعات الدعم كان لها دوراً محورياً في ضمان إكمال المرضى للعلاج وتأهيلهم لذلك.

في حين أجرى كاميرون وآخرون (Cameron et al ,2005)، دراسة هدفت إلى تقييم دور المعتقدات المرضية، وعوامل التنظيم الانفعالي، والخصائص الديمغرافية الاجتماعية على الأفراد للمشاركة في برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي للنساء المصابات حديثا بمرض سرطان الثدي. شارك في الدراسة (110) من النساء اللواتي قمن بزيارات عيادية بعد (2- 4 أسابيع) من إكمال تشخيصهن، واستخدمت في الدراسة عدة مقاييس: مقاييس العوامل المعرفية والانفعالية المتضمن في نموذج الحدس العام لفينثال (Leventhal)، نموذج تنظيم الذات المرضي، الإحباط المرتبط بالسرطان، ميول الإهمال، مقياس معتقدات المرض من القلق وضعف المناعة والمضادات ومعتقدات ضبط النفس، وقد أكملت المشاركات مقاييس القلق والإحباط، الدعم الاجتماعي، الخصائص الديمغرافية، وتم الحصول على المعلومات حول الحالة الصحية ومرحلة الإصابة من السجلات الطبية للحالات المشاركة وقد تم تشجيع كل النساء على

المشاركة في برنامج مجاني يمتد لفترة 12 أسبوع، يقدم فيه التدريب على مهارات التكيف ودعم المجموعة وقد تم تسجيل المشاركة من قبل الباحثين. وأشارت النتائج: من 110 من النساء المشاركات 54 (49%) قد شاركن في مجموعات الدعم الاجتماعية، و56 (51%) لم يشاركن، ومن خلال تحليلات الانحدار الاحتياطية أظهرت الدراسة أن قرار المشاركة قد بني على اعتماد أن مرض السرطان ناتج عن تردي الجهاز المناعي للجسم، والإحباط المرتفع مرتبط بالإصابة بالسرطان، وأشارت النتائج أيضا أن برامج الدعم النفسية الاجتماعية والمواد التثقيفية التي تم تطويرها تكفل نسبة مشاركة أكبر إذا كانت ترتكز على حل المشكلات المرتبطة بالإحباط الناتج على الإصابة بالمرض وليست لسبب القلق والإحباط بشكل عام، وإبراز دور الجهاز المناعي في تفاقم المرض، وتلبيه احتياجات المشاركين من فئات عمرية أكبر في هذه الناحية.

كما أجرى بيركمان وآخرون (Berkman et al., 2003)، دراسة هدفت إلى تسليط الضوء على آثار علاج الاكتئاب والدعم الاجتماعي على الحالات العيادية المتعرضة لاضطرابات عضلة القلب والعلاج التعزيزي لمرضى الشرايين التاجية، ومدى أثر علاج الاكتئاب ومجموعات الدعم الاجتماعي (LPSS) على المرضى وأسلوب العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، مقرونة بعوامل إطفاء السيراتونين (SSRI) المضادة للإكتئاب كعلاج، لدى المرضى بعد 28 يوم من تعرضهم لاضطرابات عضلة القلب لعينة عيادية عشوائية بلغت (2481) فرد. وقد تم استخدام أسلوب علاج الاكتئاب ومجموعات الدعم الاجتماعي باستخدام أداة الدعم الاجتماعي (ESSI). واستخدام إجراءات العلاج العشوائية لمدة 17 يوم بعد الإصابة واستخدام العلاج الجماعي لدى المرضى الذين قد تم استخدام مقياس هاملتون للإكتئاب أو لديهم أقل من 50% من التراجع حسب مقياس بيك بعد 5 أسابيع، وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسناً في 6 متغيرات نفس اجتماعية بعد 6 أشهر من فترة العلاج وهي: متوسط التغير في عدد

ضربات القلب وانخفاض مقداره (1، 10^{-}) في مجموعة الاكتئاب مقابل تحسناً مقداره (8.4) لمجموعة العلاج التقليدي، وتحسناً في الكفايات الاجتماعية و(5.1) بالنسبة إلى مجموعات الدعم الاجتماعي، وقد أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروقات بين النتائج بعد 29 شهر بين الطريقة العادية والتداخلات النفس اجتماعية.

وكذلك أجرى ويس وآخرون (Weiss et al., 2003)، دراسة هدفت إلى دراسة أثار التدخل لمجموعة الدعم – التعبيرية على التكيف النفسي الاجتماعي طويل الأمد لمرضى فقدان المناعة المكتسبة من الشواذ جنسياً، حيث قامت هذه الدراسة بإجراء مقارنة بين أثار استخدام أسلوب العلاج بالمجموعات التعبيرية الداعمة (GI) مع أسلوب علاجي تثقيفي ضابط (EC) على التكيف النفسي الاجتماعي طويل الأمد لمرضى نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) لدى الشاذين جنسياً. بلغ عدد الأشخاص المشاركين في الدراسة (85) تم اختيارهم عشوائياً بعد تطبيق أسلوب العينات الطبقية مع المرحلة المرضية واستخدام العلاج المضاد للفيروسات، وامتدت مرحلة العلاج بالمجموعات التعبيرية لمدة أربعة أشهر ضمن جلسات أسبوعية تليها 5 أشهر من جلسات المتابعة بالإضافة إلى التثقيف الصحي بمواد مكتوبة. بينما اقتصر الأسلوب ضمن المجموعة الضابطة على المواد التعلمية فقط، وأظهرت نتائج الدراسة أن لا يوجد هناك فروقات بين المجموعتين العلاجيتين وأثارها بخصوص الإحباط، وأن كلتا الحالتين أظهرت نتائج للتكيف أو الدعم الاجتماعي ضمن 4 مراحل تحليل خلال (15 شهر)، وأن كلا الأسلوبين العلاجيين قد ساهم في الحد من الشعور بالإحباط مع مرور الوقت حسب مقياس هوبكنز ومقياس الإحباط لبيك. ولقد تم تفسير النتائج من عدة نواحي وسبب عدم وجود أي آثار فارقة لأسلوب العلاج بالمجموعات التعبيرية والمجموعات التثقيفية والتوصيات كانت بزيادة الأبحاث حول التداخلات النفس اجتماعية للأفراد المصابين بمرض الإيدز.

وأخير قام كاين وكوهرن وكوينلان ولاتيمير وسشوارتز (Cain ,Kohrn, Quinlan Latimer & Schwartz ,1986) بدراسة هدفت الى دراسة الآثار الإيجابية النفس اجتماعية لمجموعات دعم مرضى السرطان. حيث يستخدم العديد من المختصين العيادين مجموعات الدعم في الحد من الصعوبات النفس اجتماعية لمرضى السرطان. وقد قام الباحث في هذه الدراسة بمقارنة المزايا العلاجية طويلة الأمد الناتجة عن استخدام نموذج إرشاد نفسي يعتمد على مجموعات الدعم، وإرشاد مرضى السرطان، بحيث تكون النموذج العلاجي من ثمانية جلسات إرشادية ركزت على المعلومات المرتبطة بمرض السرطان والإستراتيجيات الصحية الإيجابية التي يمكن إتباعها مثل: الاسترخاء المستمر، الحمية الغذائية، والتمارين الرياضية. ولقد تم تقييم الحالات النفس اجتماعية للنساء اللواتي تم تشخيصهن بالاصابة بمرض السرطان قبل المشاركة في الجلسات الإرشادية وخلال المشاركة، وبعد ذلك من 6 أشهر من المشاركة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن النساء اللواتي شاركن في جلسات الإرشاد العلاجي قد أظهرن فرق ذو دلالة لمستوى الإحباط والقلق ولديهن معرفة أكثر حول المرض، وعلاقات أفضل مع المختصين العلاجين ومقدمي الرعاية، ومشكلات جنسية أقل، ومشاركة أكبر في التمارين الرياضية من النساء المصابات الأخريات، وقد أثبتت بيانات الدراسة أنها فعالة في مساعدة الأفراد إرشادياً وأكثر كفاية من حيث تكلفة تطبيق أسلوب المجموعات العلاجية، وإن النموذج سهل التطبيق والتكيف مع حاجات والمرضى أيضاً و(مختلف أمراض السرطان).

التعقيب على الدراسات السابقة:

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثة ما للوصمة من تأثير على المريض النفسي عامة ومريض الاكتئاب خاصة، مثل دراسة (Corrigan,2004) ودراسة (2004، King , Dinos ,Serfaty, Welch & Stevens)، ويؤكد هذا الشعور دراسة

(Lazowski,Koller,Stuart,Milev ,2012)، وتأثير الوصمة على مريض الاكتئاب لطلب العلاج والسعي نحو المساعدة والارشاد وهذا ما ظهر بدراسة (Yap, Reavley, 2013 , Mackinnon & Jorm)، وتأثيرها عليه الذاتي بالنظرة لنفسه والنظرة الاجتماعية التمييزية له وهذا تؤكده دراسة (Ghanean, Nojomi & Jacobsson, 2011) ، وأن خبرة الوصمة تزيد من مدى معاناة المريض مع المرض مرتبطة بعوامل تزيد من حدتها مثل الجنس والمستوى الثقافي (التعليمي) والعمر والدخل الشهري ومستوى التدين كما في الدراسة التي قام بها الأنصاري وآخرون (Ansari et al,2008)، وأن التأثيرات المعرفية من معتقدات خاطئة حول المرض النفسي والمريض النفسي تزيد من الوصمة، وأن هناك تشوهات وتصورات ثقافية خاطئة أصبحت جزءاً من الموروثات الثقافية تزيد من وصمة المرض النفسي ومن متابعة المريض لعلاجه النفسي والارشادي. وهذا ظهـــر في دراســـة Shefer, Nellums, Thornicroft, Henderson &Evans, 2013)

وأكدت الدراسات السابقة ما لبرامج الدعم النفسي الاجتماعي من تأثير في تحقيق الأهـــداف التي وضـــعت لها، وما للبرامـــج التثقيفيـــة المستخدمـــة من نتائج وهذا ما تؤكـــده نتائج الدراســـات (Sato, Ikebuchi, Anzai & Inoue 2012)؛ (Acha et al.,2007)؛ (Wischmann,2008)؛ (Cameron et al ,2005)؛ (Cain ,Kohrn, Quinlan ,Latimer & Schwartz ,1986).

ومن خلال استعراض الأدب النظري تشير الباحثة الى ندرة الدراسات التي استخدمت برامج علاجية لتقليل الوصمة، وندرة استخدام برامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي مع المرضى النفسيين، ومن هنا تبرز تميز الدراسة الحالية في استخدام برنامج نفسي اجتماعي لمجموعة الدعم في تقليل الوصمة لمريض الاكتئاب النفسي حيث أضافت دراسة عربية حديثة

تحارب وصمة المرض النفسي، وتستخدم برنامج ارشادي عملي حديث على مستوى العالم يخدم المريض النفسي بمجالات عدة، ويؤكد دور المرشد القيادي للمجموعات الارشادية العملية في جميع الاماكن التي تحتاج لخدمات ارشادية.

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة قامت الباحثة بإثراء الاطار النظري للدراسة الحالية بدراسات عالمية وعربية حديثة، والاطلاع على أدواتها ومقاييسها ومنهجياتها في تطوير أدوات الدراسة الحالية ووضع برنامجها التثقيفي.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل الطرق والاجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ اجراءات الدراسة بغيـــة الوصول الى النتائج حيث اشتملت على مجتمع الدراسة، عينة الدراســـة، الأدوات المـــستخدمة، وتصميم البرنامج والمعالجات الاحصائية.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المرضى النفسيين المكتئبين من مراجعـــي العيـــادات الخارجيـــة للمستشفيات التالية:

1. مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي (الرمثا).
2. مستشفى الأميرة بسمة التعليمي (اربد).
3. المركز الوطني للصحة النفسية (عمان).
4. مستشفى جرش الحكومي (جرش).

عينة الدراسة:

قسمت العينة في هذه الدراسة الى:

أ- العينة الاستطلاعية.

ب- عينة الدراسة.

ت- العينة التجريبية.

1- العينة الاستطلاعية :

قامت الباحثة بأخذ عينة استطلاعية مقدارها 30 مريضا بالاكتئاب من خارج عينة الدراسة، ومن مراجعي المستشفيات المذكورة بغرض التطبيق الأولي عليها والتأكد من مدى صلاحية المقياس للاستخدام في البيئة الأردنية، وقامت بتطبيق المقياس عليهم ، واستخدام مقياس وصمة المرض النفسي بصورته الأولية الذي تم بناؤه (من إعداد الباحثة) ملحق (أ)، ليتم قياس صدقه وثباته بالطرق الاحصائية المناسبة وتحكيمه من قبل مجموعة من المحكمين ملحق (د).

وقامت الباحثة أيضا باستخدام مقياس بيك للاكتئاب ملحق (ب)، لقياس الاكتئاب لدى المريض لتثبيت التشخيص من المقابلة مع الطبيب النفسي والتشخيص من الملف الطبي.

2- عينة الدراسة:

قامت الباحثة بأخذ عينة قصديه من مجتمع الدراسة (المرضى النفسيين) المصابين ومشخصين اكتئاب ومقدارها (212) مريض من مراجعي المستشفيات المذكورة، وقد قامت من التأكد من التشخيص الطبي (اكتئاب)عن طريق:

1. المقابلة التشخيصية من الطبيب.
2. الملف الطبي.
3. تطبيق مقياس بيك للاكتئاب .

وقامت بتطبيق مقياس الوصمة للمرض النفسي المعد من قبل الباحثة على العينة نفسها(212) بعد قبول المريض ملء الاستبانة ملحق (ج)، وفيما يلي وصف لأفراد عينة الدراسة وفقا (الجنس، العمر، المستوى الدراسي، الحالة الاقتصادية، الحالة الاجتماعية)، كما في الجدول التالي:

الجدول 1

توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الشخصية

المتغيرات	المستوى	التكرار	النسبة المؤوية
الجنس	أنثى	103	48.6
	ذكر	109	51.4
	المجموع	212	100.0
العمر	(18-30سنة)	65	30.7
	(30-40 سنة)	75	35.4
	(40-50سنة)	57	26.9
	(50-60سنة)	15	7.1
	المجموع	212	100.0
المستوى الدراسي	ثانوية فما دون	139	65.6
	دبلوم	39	18.4
	بكالوريوس	26	12.3
	دراسات عليا	8	3.8
	المجموع	212	100.0
الحالة الاقتصادية	100-300	131	61.8
	300-500	50	23.6
	500-800	20	9.4
	800 فما فوق	11	5.2
	المجموع	212	100.0
الحالة الاجتماعية	أعزب	66	31.1
	متزوج	114	53.8
	مطلق	20	9.4
	أرمل	12	5.7
	المجموع	212	100.0

- يظهر من جدول (1) أن عدد الذكور بلغ (109) وبنسبة مئوية (51.4) بينما عدد الإناث بلغ (103) وبنسبة مئوية (48.6).

- ويظهر من الجدول أن أبرز تكرار لمتغير العمر بلغ (75) للفئة العمرية (30-40 سنة) بنسبة مئوية (35.4)، وجاء بعده الفئة (18-30 سنة) بتكرار بلغ (65) ونسبة مئوية (30.7).
- ويظهر من الجدول أن أبرز تكرار لمتغير المستوى الدراسي بلغ (139) للمستوى الدراسي (ثانوية فما دون) بنسبة مئوية (65.6)، وجاء بعده المستوى (دبلوم) بتكرار بلغ (39) ونسبة مئوية (18.4).
- ويظهر من الجدول أن أبرز تكرار لمتغير الحالة الاقتصادية بلغ (131) للحالة الاقتصادية (100-300) بنسبة مئوية (61.8)، وجاءت بعدها الحالة (300-500) بتكرار بلغ (50) ونسبة مئوية (23.6).
- ويظهر من الجدول أن أبرز تكرار لمتغير الحالة الاجتماعية بلغ (114) للحالة الاجتماعية (متزوج) بنسبة مئوية (53.8)، وجاءت بعدها الحالة (أعزب) بتكرار بلغ (66) ونسبة مئوية (31.1).

3- العينة التجريبية:

تكونت العينة التجريبية من (28) مريضا للاكتئاب، حيث قامت الباحثة بتقسيم العينة الى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وروعي عند اختيار العينة:

1- أن يوافق المريض الدخول في البرنامج وتطبيقه والتقيد بشروطه ملحق (ح).

2- أن يكون مستوى الوصمة عالي لقياس أثر البرنامج.

وقامت الباحثة بتطبيق المقياس على كلتا المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج لقياس الأثر.

الأداة:

قامت الباحثة بتطبيق مقياسين في الدراسة وهما:

1. مقياس لوصمة المرض النفسي لمريض الاكتئاب ملحق (أ).

2. مقياس بيك للاكتئاب ملحق (ب).

أدوات الدراسة:

البرنامج الإرشادي لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي ملحق (خ).

أ - مقياس وصمة المرض النفسي:

قامت الباحثة باعداد مقياس للوصمة وقياس صدقه وثباته وتحكيمه من قبل محكمين يوثق بهم بعد:

أ - الاطلاع على المقاييس العالمية والعربية المتعلقة بموضوع قياس الوصمة التالية:

1- مقياس وصمة المرض النفسي لكينج وأخرين (King et al,2007) في الجمعية البريطانية للأخصائيين النفسيين.

2- مقياس الوصمة الذاتية للمرض النفسي لجانين، نوجومي وجاكومي (Ghanean, Nojomi & Jacobsson, 2011) من جامعة طهران للعلوم الطبية.

3- مقياس هيبسون (Hobson ,2008) للوصمة الذاتية والاجتماعية .

4- مقياس أبو جربوع (2005) لقياس الوصمة لعائلات المرضى النفسيين.

5- سؤال متخصصين في مجال الطب النفسي والصحة النفسية والإرشاد النفسي، ومن خلال خبرة الباحثة الشخصية في الإرشاد والطب النفسي.

ب- القيام بالدراسة الاستطلاعية.

ت- اعداد الصورة الأولية لاداة القياس بأبعادها الأربع (نفسي، اجتماعي، تمييزي، ديني).
حيث تعرف الباحثة البعد النفسي بأنه الشعور الداخلي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته وتأثير المرض على هذا الشعور، والبعد الاجتماعي هو الشعور الداخلي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته الذي يتكون من التعامل مع الآخرين، والبعد التمييزي هو الشعور الداخلي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته الذي يعكس ادراك مفهوم المرض وتقليل أو زيادة أهميته، والبعد الديني هو الشعور الداخلي الروحي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته وتأثير المرض عليه.

ث- عرض الأداة على 14 محكم من ذوي الاختصاص.

من أجل تصميم مقياس وصمة المرض النفسي اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

- إجراء دراسة مسحية في حدود ما توفر للباحثة الاطلاع عليه حول وصمة المرض النفسي.
- الاطلاع على ما توفر من مختلف المقاييس النفسية والتي اهتمت بدراسة وصمة المرض النفسي.

وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة والاطلاع على مقاييسها، ودراسة الافكار قامت الباحثة بإعداد مقياس لقياس وصمة المرض النفسي، يتناول أربعة أبعاد (البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد التمييزي ، والبعد الديني) بواقع 41 عبارة، حيث اشتمل البعد النفسي على (11) فقرة تصف شعور المريض النفسي الداخلي لنفسة وتأثير مرضه على هذا الشعور الذي يجعله يشعر أنه أقل من الآخرين، والبعد الاجتماعي الذي اشتمل على (12) فقرة تصف شعور المريض الداخلي لنفسه وتأثير مرضه الذي يجعله مبتعد اجتماعيا عن الآخرين، والبعد التمييزي حيث اشتمل على (11) فقرة تصف شعور المريض الداخلي لنفسه بادراك الآخرين الغير عادل

والمؤذي للمرض النفسي والمرضى النفسيين، والبعد الديني الذي اشتمل على (7) فقرات تصف شعور المريض الروحي الداخلي وتأثير المرض النفسي على هذا الشعور بزيادته أو قلته، مراعية الباحثة البساطة بالعبارات والوضوح، وقامت الباحثة باستخدام مقياس ليكرت الرباعي ويكون على المريض أن يحدد درجة موافقته عليه والتي تتراوح بين موافق بشدة، وموافق، وغير موافق، وغير موافق بشدة.

دلالات صدق وثبات مقياس الوصمة:

صدق الأداة:

يقصد بصدق المقياس (Instrument Validity) إلى أي درجة يقيس المقياس الغرض المصمم من أجله.

1- الصدق الظاهري:

تم التأكد من الصدق الظاهري من خلال عرض المقياس وتحكيمه على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص وهم :

1- اساتذة متخصصون في علم النفس الارشادي عدد (4) .

2- أطباء أساتذة في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية ، كلية الطب ، شعبة الطب النفسي عدد (3).

3- أطباء متخصصين في الطب النفسي في وزارة الصحة عدد(3).

4- طبيب متخصص في الطب النفسي في الخدمات الطبية الملكية.

5- اساتذة في كلية الآداب تخصص لغة عربية (3). ملحق (د).

حيث أبدوا رأيهم بفقرات المقياس (41) ومدى ملاءمتها للقيام:

1- بالتعديل لبعض الفقرات.

2- ملائمة الفقرات لما تقيسه ولأبعادها.

3- التدقيق اللغوي وصياغة العبارات بطريقة واضحة وبسيطة.

4- اضافة أية عبارة أو حذفها.

وقد قامت الباحثة بالتعديل على المقياس حسب رأي الأغلبية، وكانت نسبة اتفاق المحكمين على فقرات المقياس وأبعادة 93 %، فقد كان اقتراح أحد الاساتذة بنقل الفقرة (تشخيصي بأني مريض نفسيا يؤثر على فرصي الاجتماعية والوظيفية) من البعد النفسي الى الاجتماعي بينما صادق عليها بقية الاساتذة ووجدوها تنتمي للبعد النفسي في الشعور الداخلي الذي قد يشعره أحد المرضى ويرفضه الآخر والمتعلق بالوصمة الذاتية، وايضا كان تعليق أحد الاساتذة على الفقرة (اذا رغبت بالزواج) من البعد التمييزي تنتمي للمجال الاجتماعي بينما وجد معظم المحكمين انها جانب تمييزي لان شعور الشخص بأن لا يوافق عليه لأنه يميز ادراكه لشعور التمييزي بوصمة أنه مريض نفسي.

وكان رأي احد الأساتذة ان المقياس يقيس اتجاهات الناس نحو المرض النفسي رغم تعريف الباحثة للوصمة بانها الشعور الداخلي النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته بالخزي والحرج لوجود مسبب مثل المرض النفسي ينعكس سلوكيا بفعل تجنبي للمواقف الاجتماعية والمهنية والعاطفية، وتأكيد الباحثة ان معظم فقرات المقياس تقيس شعور الشخص نحو نفسه، وايضا كان اقتراح بعض الاساتذة الكرام بحذف البعد الديني كاملا ووضع بعض الاسئلة على أحد المجالات وتغير الأسم من البعد الديني للروحي، ولكن رأي الاغلبية وافق على المجال الديني، وقامت الباحثة بالأخذ برأي المحكمين وابقاء أسم البعد، وقد قام الأساتذة الافاضل في قسم اللغة العربية بتحكيم المقياس وتصحيحه لغوياً وابداء ملاحظاتهم.

2- مؤشرات صدق البناء:

بغرض التأكد من الصدق البنائي لأداة الدراسة تم تطبيقها على عينة استطلاعية مكونة من (30) مريضاً من خارج مجتمع الدراسة، وتم استثناء العينة الاستطلاعية من العينة الأصلية، وللتأكد من درجة الاتساق الداخلي تم استخراج دلالات التجانس الداخلي حيث قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط المصحح (Corrected Item total correlation) لكل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وارتباط الفقرة بالمجال (correlation) وقيمة ألفا بعد حذف الفقرة (Alpha if Item Deleted) لجميع الفقرات حسب كل مجال، وفيما يلي عرض النتائج:

- البعد النفسي :

الجدول التالي يبين ارتباط الفقرة بالمجال وارتباط الفقرة بالاداة ككل وحساب قيمة ألفا بعد حذف الفقرة لمجال البعد النفسي على مقياس الوصمة :

الجدول 2

قيم معاملات الارتباط وكرونباخ الفا لفقرات المجال "البعد النفسي"

الرقم	ارتباط الفقرة بالمجال	ارتباط الفقرة بالأداة ككل	الارتباط المصحح للفقرة	قيمة الفا بعد حذف الفقرة
1	0.518	0.33	0.41	0.78
2	0.607	0.28	0.48	0.77
3	0.753	0.51	0.66	0.75
4	0.615	0.49	0.50	0.77
5	0.600	0.50	0.47	0.77
6	0.518	0.36	0.38	0.78
7	0.377	0.25	0.25	0.79
8	0.390	0.27	0.26	0.79
9	0.648	0.68	0.50	0.77
10	0.641	0.30	0.53	0.76
11	0.569	0.22	0.44	0.77
المجال الكلي		0.69		

بلغت قيمة (Alpha) (0.794) للمجال ككل.

يلاحظ من الجدول (2) أن قيمة كرونباخ الفا بعد حذف الفقرة كانت مرتفعة لجميع الفقرات، الارتباط المصحح تراوح بين (0.66 – 0.26) كان أبرزها للفقرة (3) وأدناها للفقرة (8) ومعاملات ارتباط الفقرة بالمجال تراوحت بين (0.39–0.75) وهذا يدل على قبول جميع الفقرات حيث أنها تنتمي الى المجال نفسه، لذلك لم يتم حذف أي فقرة في حين أن الفقرة يمكن أن تحذف إذا كان ارتباطها مع المجال سالب، ويتم تعديل الفقرة إذا كان معامل ارتباطها مع المجال يتراوح بين (0.00 – 0.20).

- **البعد الاجتماعي:**

الجدول التالي يبين ارتباط الفقرة بالمجال وارتباط الفقرة بالاداة ككل وحساب قيمة ألفا بعد حذف الفقرة لمجال البعد الاجتماعي على مقياس الوصمة :

الجدول 3

" قيم معاملات الارتباط وكرونباخ الفا لفقرات المجال "البعد الاجتماعي"

الرقم	ارتباط الفقرة بالمجال	ارتباط الفقرة بالأداة ككل	الارتباط المصحح للفقرة	قيمة الفا بعد حذف الفقرة
1	0.358	0.13	0.41	0.87
2	0.796	0.58	0.72	0.83
3	0.686	0.59	0.60	0.84
4	0.699	0.50	0.62	0.84
5	0.636	0.50	0.57	0.84
6	0.755	0.63	0.68	0.83
7	0.762	0.66	0.70	0.84
8	0.605	0.47	0.50	0.85
9	0.769	0.53	0.73	0.84
10	0.681	0.39	0.59	0.84
11	0.550	0.52	0.42	0.85
12	0.496	0.45	0.37	0.86
المجال الكلي		0.76		

بلغت قيمة (Alpha) (0.86) للمجال ككل.

يلاحظ من الجدول (3) أن قيمة كرونباخ الفا بعد حذف الفقرة كانت مرتفعة لجميع الفقرات، ومعاملات الارتباط المصحح تراوح بين (0.73 – 0.41) كان أبرزها للفقرة (9) وأدناها للفقرة (1) ومعاملات ارتباط الفقرة بالمجال تراوحت بين (0.35– 0.79) وهذا يدل على قبول جميع الفقرات حيث أنها تنتمي الى المجال نفسه لذلك لم يتم حذف أي فقرة من البعد الاجتماعي.

- **البعد التمييزي :**

الجدول التالي يبين ارتباط الفقرة بالمجال وارتباط الفقرة بالاداة ككل وحساب قيمة ألفا بعد حذف الفقرة لمجال البعد التمييزي على مقياس الوصمة :

الجدول 4

قيم معاملات الارتباط وكرونباخ الفا لفقرات المجال "البعد التمييزي"

الرقم	ارتباط الفقرة بالمجال	ارتباط الفقرة بالأداة ككل	ارتباط المصحح للفقرة	قيمة الفا بعد حذف الفقرة
1	0.717	0.24	0.67	0.86
2	0.771	0.09	0.71	0.85
3	0.576	0.17	0.44	0.87
4	0.733	0.32	0.67	0.85
5	0.677	0.41	0.58	0.85
6	0.776	0.36	0.71	0.85
7	0.729	0.28	0.63	0.85
8	0.459	0.26	0.31	0.88
9	0.545	0.32	0.41	0.87
10	0.800	0.40	0.74	0.84
11	0.795	0.39	0.74	0.85
	المجال الكلي	0.44		

بلغت قيمة (Alpha) (0.84) للمجال ككل.

يلاحظ من الجدول (4) أن قيمة كرونباخ الفا بعد حذف الفقرة كانت مرتفعة لجميع الفقرات، ومعاملات الارتباط المصحح تراوحت بين (0.74 – 0.31) كان أبرزها للفقرتين (10، 11) وأدناها للفقرة (10) و ارتباط الفقرة بالمجال تراوحت بين (0.45–0.80) وهذا يدل على قبول جميع الفقرات حيث أنها تنتمي الى المجال نفسه لذلك لم يتم حذف أي فقرة من البعد التمييزي.

- **البعد الديني :**

الجدول التالي يبين ارتباط الفقرة بالمجال وارتباط الفقرة بالاداة ككل وحساب قيمة ألفا بعد حذف الفقرة لمجال البعد الديني على مقياس الوصمة :

الجدول 5

"قيم معاملات الارتباط وكرونباخ الفا لفقرات المجال "البعد الديني "

الرقم	ارتباط الفقرة بالمجال	ارتباط الفقرة بالأداة ككل	ارتباط المصحح للفقرة	قيمة الفا بعد حذف الفقرة
1	0.787	0.30	0.67	0.80
2	0.757	0.21	0.66	0.81
3	0.830	0.40	0.75	0.79
4	0.727	0.23	0.59	0.82
5	0.789	0.35	0.71	0.80
6	0.555	0.52	0.38	0.85
7	0.606	0.28	0.45	0.84
	المجال الكلي	0.46		

بلغت قيمة (Alpha) (0.87) للمجال ككل.

يلاحظ من الجدول (5) أن قيمة كرونباخ الفا بعد حذف الفقرة كانت مرتفعة لجميع الفقرات، ومعاملات ارتباط المصحح للفقرة مع الكلي تراوحت بين (0.71 – 0.38) كان أبرزها

للفقرة (3) وأدناها للفقرة (6) ومعاملات الارتباط ارتباط الفقرة بالمجال تراوحت بين (0.555-0.83).

وتجدر الإشارة إلى أن قيمة الفا للمقياس ككل بلغت (0.85) وهي قيمة مرتفعة وتدل على درجة ثبات عالية.

الثبات (Reliability) :

قامت الباحثة بحساب الثبات بالدراسة عن طريق :

- **التجزئة النصفية :**

تعتمد هذه الطريقة الى تجزئة الاختبار المطلوب الى نصفين متكافئين لتعين معامل ثباته وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحده (عبد الرحمن، 1998). حيث قامت الباحثة بتقسيم بنود المقياس الى قسمين (زوجي وفردي) حسب كل مجال، ومن ثم المقياس ككل، ثم حساب مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني، وحساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار وتصحيحه باستخدام معامل ارتباط سبيرمان – براون(Spearman-Brown)، حيث بلغ معامل الارتباط بين معاملات الارتباط بالتجزئة النصفية للبعد النفسي (0.75)، والبعد الاجتماعي (0.79)، والبعد التمييزي (0.82)، والبعد الديني (0.83)، وأن معاملات ثبات التجزئة النصفية لمجالات الدراسة تراوحت بين (0.75- 0.89) وبلغت للأداة ككل (0.89) مما يشير الى ثبات عالي للاداة وأن المقياس يتمتع بثبات وصالح للاستخدام على عينة الدراسة والجدول (6) يبين ذلك.

- **ثبات الاتساق الداخلي:**

قامت الباحثة بتقدير ثبات الاتساق الداخلي واستخدام معامل ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس لاستخدام الاستبانة في صورتها النهائية والجدول (6) يبين ذلك.

الجدول 6

معاملات ثبات أداة الدراسة بطريقة التجزئة النصفية و كرونباخ ألفا

المجال	طريقة التجزئة النصفية	طريقة كرونباخ ألفا
البعد النفسي	0.75	0.91
البعد الاجتماعي	0.79	0.89
البعد التمييزي	0.82	0.71
البعد الديني	0.83	0.80
الأداة ككل	0.89	0.92

يظهر من الجدول (6) أن معاملات طريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.71-0.92) حيث بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي للبعد النفسي (0.91)، وقيمة معامل البعد الاجتماعي (0.89)، وقيمة معامل الاتساق الداخلي للبعد التمييزي (0.71)، وقيمة معامل الاتساق الداخلي للبعد الديني (0.80)، وهي أقل من قيمة معامل الاتساق الداخلي ككل (0.92)، وجميعها مؤشرات على تمتع المقياس بدلالات اتساق داخلي (كمؤشر على الثبات) عالية و قيم مقبولة لأغراض تطبيق الدراسة.

تصحيح المقياس :

أشتمل المقياس على (41) فقرة موزعة على اربعة أبعاد، البعد النفسي (11) فقرة، والبعد الاجتماعي (12) فقرة، والبعد التمييزي (11) فقرة، وأخيرا البعد الديني (7) فقرات، يجاب على جميع الفقرات بتدريج رباعي يشمل البدائل التالية موافق بشدة وتعطى (4) درجات، موافق وتعطى (3) درجات، غير موافق وتعطى درجتين، غير موافق بشدة وتعطى درجة واحدة على مقياس ليكرت الرباعي، وهذه الدرجات تنطبق على الفقرات الموجبة وتعكس على الفقرات السالبة، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (41-164)، بحيث تكون درجة (41)

أقل درجة و (164) أعلى درجة، و كلما ارتفعت العلامة كان ذلك مؤشراً على زياده مستوى الوصمة الذاتية لدى المريض المكتئب.

ب – مقياس الاكتئاب :

وهي قائمة بيك للاكتئاب. وضع هذا المقياس بيك ووارد ومول لقياس شدة الاكتئاب عند الافراد الذين تزيد أعمارهم عن 13 سنة وهو مكون من 21 فقرة وهو من المقاييس العالمية للتعرف على الاكتئاب. واستخدمت الباحثة في الدراسة قائمة بيك للاكتئاب (حمدي وأبو حجلة وأبو طالب ،1988)، وتتكون القائمة من 21 فقرة، تتناول كل فقرة عرضا من أعراض الاكتئاب مرتبة وفقا لشدة الأعراض من الخفيفة الى الشديدة، ويطلب من المفحوص الاستجابة لهذه الفقرات وفقا لما شعر به المريض خلال الأسبوع الماضي بما فيه اليوم الذي طبق فيه الاختبار، وتكون الفقرات حسب تدرج رباعي (0 -3)، وتعني درجة صفر عدم وجود العرض، ودرجة 3 وجود العرض بدرجة مرتفعة من الشدة،

صدق مقياس الاكتئاب:

لم تقوم الباحثة بعمل صدق وثبات للمقياس، لوجود دراسات متخصصة بذلك، ومن هذه الدراسات الدراسة التي اجريت من قبل جرادات (2012) حيث قام بدراسة نسبة انتشار الاكتئاب لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الاردن، حيث اجرى الباحث صدق تقاربي لفقرات القائمة على درجات افراد العينة وأشارت النتائج أن معاملات الارتباط المصححة تراوحت من 0.37 الى 0.64 ، مما يشير أن فقرات المقياس تتمتع بصدق تقاربي.

وقام الدعاسين (2004) بالتأكد من الخصائص السيكومترية لقائمة بيك للاكتئاب النسخة الثانية (BDI-II) في البيئة الأردنية حيث أشار أن المقياس يتمتع بدرجات صدق عالية.

أما دراسة النمرات (2002) والتي هدفت لإيجاد العلاقة بـين اسـتخدام الانترنـت والاكتئاب لدى عينه من طلبة جامعتي اليرموك وجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية. استخدمت الباحثة مقياس بيك للاكتئاب. تأكدت الباحثة من صدق الأداة من خلال توزيعها على عشرة من المحكمين من ذوي الاختصاص في مجال علم النفس والإرشاد والتربيـة الخاصـة والقيـاس والتقويم في جامعة اليرموك، للتأكد من وضوح فقرات المقياس وتعليماته، كما قامـت الباحثـة أيضا بتوزيع المقياس على عدد من الطلاب لتحقيق الغرض نفسه، وأجمـع المحكمـون علـى وضوح فقرات القائمة.

وقام الزيتاوي (1999) بدراسة هدفت لإيجاد العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئـاب لدى طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات. استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، وقد تأكد من صدق المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للأداة. وقد أعتمد معيارا لصدق البناء من خلال وجود ارتباط دال إحصائياً لا يقـل عـن0.30 بـين الفقرات والعلامة الكلية.

وقام حمدي وأبو حجلة وأبو طالب (1988) بدراسة لثبات وصدق الصورة المعربة لقائمة بيك وتطبيقها للبيئة الاردنية، حيث كانت عينة الصدق مكونة مـن 56 طالبـا وطالبـة، وتـم تشخيص مدى وجود الاكتئاب لديهم من خلال مقابلات سريرية استخدم فيها دليـل التـشخيص الاحصائي الأمريكي، كما أعطي الطلبة قائمة بيك للاكتئاب، وقد تم توزيع الطلبة بنـاء علـى نتائجهم وحسبت دلالة الفروق في الاداء على قائمة بيك للاكتئاب بين هاتين المجموعتين فكانت دالة احصائياً.

ثبات مقياس الاكتئاب:

تم حساب الثبات في الدراسة التي أجراها جرادات (2012) بحساب الاتساق الداخلي للقائمة على درجات أفراد العينة وبلغت الفا 0.90 .

أما الدراسة التي أجراها الدعاسين (2004) أشار الباحث أن المقياس يتمتع بمؤشرات ثبات عالية نسبيا بلغت (0.84، 0.85 ،0.85) باستخدام معامل كرونباخ ألفا (0.87، 0.86، 0.86) بطريقة اعادة الاختبار، وذلك لعينة الذكور، والاناث، والعينة ككل على التوالي.

أما الدراسة التي أجرتها النمرات (2002) قامت الباحثة بإيجاد معامل الثبات عن طريق الاختبار وإعادة الاختبار وذلك بفاصل زمني أسبوعيين على عينة تكونت من (70) طالباً وطالبة من جامعتي اليرموك والتكنولوجيا وبلغ معامل الثبات 0.87 .

وبالنسبة للدراسة التي أجراها الزيتاوي (1999) قام الباحث بحساب معامل الثبات للقائمة عن طريق إعادة الاختبار وذلك بفاصل زمني أسبوعين على عينة مكونة (51) طالباً وطالبة، فكانت قيمة معامل الثبات 0.88.

وتم حساب معامل الثبات لدراسة حمدي، أبو حجلة وأبو طالب (1988) وبلغت قيمته (0.88) وذلك عن طريق اعادة الاختبار على عينة من 80 طالباً وطالبة من طلبة الجامعة الأردنية بفاصل زمني أسبوع وكما حسب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي في عينة ثالثة تألفت من 635 طالباً باستخدام معادلة كرونباخ ألفا فكانت قيمته (0.87).

تصحيح المقياس :

يتكون مقياس بيك من (21) عبارة ، العلامة الكلية للمقياس تتم من جمع الأرقام التـــي يجـــاب عليها وتكون درجة الفرد على مقياس الاكتئاب :

- غير مكتئب (صفر الى 9). - اكتئاب ضعيف (10 الى 15).
- اكتئاب متوسط (16 الى 23). - اكتئاب شديد 24 فما فوق.

ج - البرنامج الإرشادي:

قامت الباحثة باستخدام التصنيف الأول مـــن مجموعـــة الـــدعم النفـــسي الاجتمـــاعي (Psychosocial Support Group)، المجموعات التثقيفيـــة (Educational Groups) ، معتمدة على الدراسات السابقة بان الأسلوب التثقيفي لمجموعات الدعم النفسي الاجتماعي كـــان من أنجح الطرق لتحقيق الاهداف التي وضع من أجلها كما في دراسة ويشمان (Wischmann, 2008)، ومعتمـــدة علـــى البـــرامج العالميـــة مثـــل (Inter-Agency Standing Committee,2007)، و(National Breast Cancer Centre، 1999) .

إجراءات صدق البرنامج:

تم التحقق من صدق المحتوى للبرنامج وجلساته بعرض البرنامج بصورة أوليـــة (قبـــل التطبيق) على محكمين مختصين من ذوي الخبرة والكفاءة بلغ عددهم (14) من حملـــة درجـــة الدكتوراه في الإرشاد التربوي والطب النفسي واللغة العربية، للحكم على مدى ملائمة الجلسات من حيث الاهداف والمحتوى والوقت المخصص لها مع الهدف العام للبرنامج، كما طلبت الباحثة ابداء أية تعديلات على البرنامج، حيث تم اجماع ما نسبته 93% مـــن المحكمـــين، و اقتـــصر التعديل على ترتيب الجلسات من حيث الهدف والاجراءات، وتعديل بعض المهارات مثل مهارة حل المشكلات التى أقترح أحد المحكمين عدم استخدامها بالبرنامج، وقامـــت الباحثـــة بتكـــوين

برنامج تثقيفي يتكون من 14 جلسة ارشادية، لمدة سبعة أسابيع بمعدل جلستين كل أسبوع، تعتمد على إعطاء المحاضرات التي تحتوي المعلومات العلمية المهمة والقيمـــة لمـــريض الاكتئـــاب، معتمدة أسلوب المناقشة البناءة وتعليم المهارات النفسية وتعزيز الذات وابداء الـــرأي، واعطـــاء الدعم النفسي الاجتماعي. ملحق رقم (خ) .

قيادة المجموعة التجريبية:

قامت الباحثة بالإشراف وتطبيق البرنامج الإرشادي لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي مع المجموعة التجريبية، كما شارك بالإشراف على تطبيق البرنامج طبيب متخصص في الطب النفسي من كلية الطب جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، وشارك بترتيب الجلسات ومتابعة المواعيد مع المختصين وحضور المرضى مرشدات متخصصات في الارشاد النفسي.

أسلوب تنفيذ البرنامج:

استخدمت الباحثة في برنامجها الأسلوب الإرشادي الجماعي من خلال مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي وذلك كل حسب تخصصه، بحيث يتيح للمريض النفسي المكتئب التعبير عن مشاعره وطرح تساؤلاته حول مرض الاكتئاب ويتعلم الطرق الصحيحة للتعامل مـــع مـــشاعره وطرق التخلص منها وتوكيد ذاته واختيار نمط حياة وغذاء مناسب والاهتمام بروحانيته التـــي تدعمه في مرضه.

الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، التفريغ الانفعالي، توكيد الذات، الاسترخاء والتنفس الصحيح والاستبصار.

آليات تنفيذ جلسات البرنامج :

كانت جلسات المرضى في جناح الصحة النفسية في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي الطابق التاسع جناح (ج) .

جلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: هدفت الى الترحيب بالمشاركين وفتح المجال لهم للتعارف، وتقديم الشرح عن الدراسة وأهدافها وأهميتها، وإعطائهم فكرة عن البرنامج والمشاركين فيه وجلساته وعددها ومكانها ووقتها، وشرح قوانين الجلسات الجماعية والعمل الجماعي التي سوف تسود الجلسات خلال البرنامج وأهمية التقييد بها واحترامها.

الجلسة الثانية: هدفت الى التعريف بمعنى وصمة المرض النفسي وتصنيفاتها وأنواعها وتأثيرها على مريض الاكتئاب ومناقشة المواقف التي تعتبر واصمة .

الجلسة الثالثة والرابعة : هدفت الى تقديم شرح عن مرض الاكتئاب واعراضه الجسمية والنفسية والمعرفية وأسبابه الوراثية والبيئية، وعن أدوية الاكتئاب، وأهمية الدعم النفسي الاجتماعي وتأثيره على مستوى الاكتئاب والوصمة وأثارها السلبية على المريض.

الجلستين الخامسة والسادسة : هدفت الى أن تتعرف المجموعة لكيفية التعامل مع وصمة المرض، وكيفية التعامل مع الأعراض والأدوية لمرض الاكتئاب، وكيفية اختيار نمط حياة مناسب لمريض الاكتئاب، والعادات الصحية للنوم، وتعليم المجموعة الارشادية التنفيس الانفعالي وذلك بتشجيعهم للتحدث عن مشاعرهم وتعليمهم معنى الاسترخاء والتنفس الصحيح .

الجلسة السابعة: هدفت الى أن تتعرف المجموعة لذاتها من خلال الاستبصار بطريقة السيكودراما والتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة .

الجلسة الثامنة والتاسعة: هدفت الى تعليم المجموعة الإرشادية معنى السلوك ومكوناته وقياسه، وتعليمهم تحديد السلوك غير المرغوب (العجز) وكيفية التخلص والسيطرة عليه، وعلاقة السلوك مع البيئة الاجتماعية، والشرح لهم من أين يأتي السلوك العاجز والمحبط والشعور بالخجل.

الجلستين العاشرة والحادية عشرة: هدفت إلى تعليم المجموعة الارشادية أهمية مجموعة الدعم وأهمية المساندة النفسية الاجتماعية، والتأكيد على معنى الاستبصار وأهميته في مدى التأثر بالمرض وتعليمهم توكيد الذات.

الجلسة الثانية عشر: هدفت الى أن تتعرف المجموعة الإرشادية لمعنى الدعم والمساندة الاجتماعية، والتأكيد على أهمية الدور الاجتماعي لتوكيد الذات وتقليل الوصمة للمرض، والتأكيد على أهمية العائلة ودورها في الدعم الاجتماعي، وتعليم المجموعة مهارات الاتصال المهمة .

الجلسة الثالثة عشر: هدفت الى أن تتعرف المجموعة الإرشادية الى علاقة الغذاء بالمزاج، والأغذية التي ترفع المزاج.

الجلسة الرابعة عشر: هدفت الى أن تتعرف المجموعة الإرشادية لثواب الصبر على المرض وكيف أن الفرائض تخلص المريض من الأفكار السالبة وعلاقة الوصمة بالاعتقادات الخاطئة للمس والسحر والجن التي ساعدت بتشكيل الوصمة وكانت ختامية بشكر المرضى على التزامهم بالبرنامج.

مدة الدراسة:

بدأت الدراسة في 2012/12/12 بموافقة لجنة الدراسات العليا في جامعة اليرموك على مخطط الدراسة، وبعد ذلك قامت الباحثة بأخذ الموافقات الرسمية من المؤسسات الحكومية

والمستشفيات في بداية شهر شباط/2013، واخذ الموافقات الرسمية من لجان البحث العلمي لبدء الدراسة ملحق (س) .

بدأت الدراسة الفعلية لجمع الاستبانات للعينة الاستطلاعية ومن ثم عينة الدراسة 2013/04/02، أجريت الدراسة التطبيقية في بداية شهر2013/06 واستمرت لمدة سبعة اسابيع، واعيد تطبيق المقياس لقياس اثر البرنامج بعد ثلاثة اسابيع.

- مدة جمع الاستبانات شهريين.
- مدة تطبيق البرنامج سبعة اسابيع.
- اعادة الاختبار بعد ثلاثة أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج (متابعة).

أغلقت الباحثة دراستها في 2013/09.

تقييم البرنامج :

تم تقييم أثر البرنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي من خلال الاختبارات القبلية والبعدية لمستوى الوصمة. ومن ثم الاختبار التتبعي لمعرفة أثر البرنامج، ويكون التقييم النوعي من خلال الواجبات البيتية، والتقييم المرحلي في كل جلسة ملحق (ذ)، والملاحظات التي كتبها المرشد في نهاية الجلسة، بالإضافة إلى ملاحظة مستوى التفاعل والمشاركة للأعضاء في كل جلسة.

ويكون قياس مدى تأثير البرنامج على مستوى الاكتئاب من خلال القياس القبلي والبعدي لمستوى الاكتئاب، أما التقييم النهائي يكون في الجلسة الأخيرة من خلال توزيع أوراق بيضاء وتوجيه أسئلة من النوع المفتوح للتعرف على سلبيات وايجابيات البرنامج ومدى استفادة المرضى ملحق (ر).

تصميم الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي وهو طريقة تهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة على تساؤلات محددة بدقة تتعلق بالظواهر الحالية والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث وذلك باستخدام أدوات مناسبة (الأغا،1997).

حيث قامت الباحثة باستخدام التصميم شبه التجريبي (Quasi Experimental Design) وهو نوع من أنواع التصاميم التجريبية، الذي يتضمن مجموعتين متكافئتين: ضابطة وتجريبية وقياس قبلي وبعدي، وذلك باستقصاء أثر برنامج لمجموعات الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لمرضى الاكتئاب.

حيث أن هذا التصميم يضمن ضبط معظم المتغيرات المتعلقة بالدراسة وتمثله الرموز الآتية:

أداة القياس	متابعة	بعدي	البرنامج	قبلي	المجموعات
مقياس	O3	O2	X	O1	تجريبية
الوصمة	.....	O2	....	O1	ضابطة
مقياس	O6	O5	X	O4	تجريبية
الاكتئاب	.....	O5	.....	O4	ضابطة

اجراءات الدراسة:

تضمنت إجراءات هذه الدراسة الخطوات الآتية:

- الاطلاع على الأدب التربوي ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية.
- الحصول على موافقات رسمية من جامعة اليرموك لمخاطبة الجهات الرسمية لأخذ الموافقات الرسمية لعمل الدراسة.

- مخاطبة وزارة الصحة الأردنية لأخذ الموافقات الرسمية لعمل الدراسة في (المركز الوطني للصحة النفسية، مستشفى جرش الحكومي، مستشفى الأميرة بسمة الحكومي).
- مخاطبة مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي (جامعة العلوم والتكنولوجيا) وتعبئة نموذج للبحوث الغير مدعومة مالياً:

(Non-Funded Research Grant for Documentation or Sabbatical Leave Form A2)

أنظر ملحق (ز).

- إعداد مقاييس الدراسة واستخراج دلالات الصدق والثبات وتحكيمها.
- بناء برنامج مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي الهادف الى تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب وتحكيمه.
- قامت الباحثة بتطبيق المقياسين على عينة تكونت من (212) مريض ومريضة اكتئاب يراجعون العيادات الخارجية للمركز الوطني للصحة النفسية، ومستشفى جرش الحكومي، ومستشفى الأميرة بسمة الحكومي ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي.
- ومن ثم قامت الباحثة باختيار أفراد عينة الدراسة التجريبية ممن يحملون الوصمة وعددهم 28، والذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الوصمة ووافقوا خطيا للدخول بالدراسة.
- تم تقسيم أفراد العينة الى مجموعتين عشوائيا، الى مجموعة تجريبية 14 مريض ومريضة، ومجموعة ضابطة 14 مريض ومريضة.
- قامت الباحثة بالتنسيق لمواعيد الجلسات بالبرنامج الداعم باشراف الدكتور أوس الخصاونة وهو طبيب نفسي أخصائي مفوض من اللجنة العلمية للبحث عن الأنسان

جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية للاشراف على تطبيق البرنامج، وتوقيع عقد تفويض من المشاركات بالموافقة على الاشتراك في الدراسة .

- تكونت جلسات البرنامج من 14 جلسة ارشادية على مدى سبعة أسابيع، مع تطبيق اختبار قبلي واختبار بعدي، واعيد الاختبار بعد ثلاثة أسابيع لقياس أثر البرنامج.
- قامت الباحثة بتغطية نفقات البحث كاملا بما فيها الجلسات الارشادية، والمواصلات واستراحات القهوة والشاي بين الجلسات.
- طبقت الباحثة البرنامج الارشادي: الدراسة والبرنامج 2012/12/12- 2013/09/2 .
- عمل التحليل الاحصائي باستخدام (SPSS) لاستخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها وتقديم التوصيات.

طريقة جمع الاستبانات:

كانت طريقة جمع الاستبانات تحتاج لمجهود ووقت وتكلفة مادية، لذلك استعانت الباحثة بمرشدين متخصصين ومؤهلين لجمع البيانات وتم تعزيزهم بتغطية تكاليف مواصلاتهم واعطائهم اجر مقابل خدماتهم.

حيث كان جمع الاستبانات بحاجة الى:

- تدريب المرشدين على طريقة جمع وملء الاستبانات.
- الانتقال ما بين المحافظات .
- الجلوس مع المريض لفترة تتراوح الساعة للتأكد من ملء الاستبانات بطريقة صحيحية.
- توزيع الوقت بحيث يكون جمع الاستبانات متزامن مع بعضه.
- تطبيق البرنامج : المجموعة التجريبية قامت بملء استبانات للاختبار القبلي، والبعدي، واختبار المتابعة، وكذلك قامت المجموعة الضابطة بملء استبانات للاختبار القبلي، والبعدي.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل الرئيس : أسلوب المعالجة (البرنامج الارشـادي لمجموعـة الـدعم النفـسي الاجتماعي) .

المتغيرات المستقلة الثانوية لمجتمع الدراسة وتتمثل في:

النوع الاجتماعي (جنس المريض) : ذكر أو أنثى.

عمر المريض: 18 إلى 60 حسب التالي:

18- 30 سنة.
30- 40 سنة.
40- 50 سنة.
50- 60 سنة.

المستوى التعليمي : ثانوية فما دون . دبلوم . بكالوريوس . دراسات عليا.

الحالة الاجتماعية : متزوج أعزب أرمل مطلق .

الحالة الاقتصادية :

(100-300)، (300- 500) ، (500- 800) ، 800 فما فوق.

المتغيرات التابعة وتتمثل في:

- درجة الفرد على مقياس الوصمة.
- درجة الفرد على مقياس الاكتئاب :

- غير مكتئب (صفر الى 9). – اكتئاب ضعيف (10 الى 15)،
- اكتئاب متوسط (16 الى 23). – اكتئاب شديد 24 فما فوق .

الأسلوب الإحصائي:

من خلال الدراسة الحالية:

- تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة.
- استخراج معامل الثبات بمعادلة كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية، والارتباط المصحح ومعامل الارتباط بيرسون للتأكد من صدق المقياس.
- كما تم إستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات ومجالات الدراسة.
- تم تطبيق اختبار "مان وتني" (Mann-Whitney) للعينات المستقلة، واختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينات المزدوجة للتعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي والمتابعة.

الفصل الرابع

عرض النتائج

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت اليها الدراسة في ضوء أسئلتها التي تم طرحها، والتي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة.

السؤال الرئيس: ما أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المـــرض النفسي لمرضى الاكتئاب؟

للإجابة عن هذا السؤال ومعرفة مدى أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتمـــاعي، تـــم التأكد:

أولا : تكافؤ المجموعات على مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي:

وللتحقق من تكافؤ المجموعتين في الدراسة (التجريبية، الضابطة) على القيـــاس القبلـــي لمقياس الوصمة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي والقياس البعدي تبعا لمتغير المجموعة (الضابطة ،التجريبية)، وتطبيق اختبار "مان وتنـــي" (Mann-Whitney) لبيان الفروق بين متوسطات الرتب، والجدول (7) يوضح ذلك.

الجدول 7

نتائج اختبار "مان وتني" (Mann–Whitney) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي، الديني) على القياس القبلي (ن = 28).

الأبعاد	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Mann -Whitney U	Z*	مستوى الدلالة
البعد النفسي	تجريبية	14	217.00	15.50	84.00	0.65-	0.51
	ضابطة	14	189.00	13.50			
البعد الاجتماعي	تجريبية	14	240.50	17.18	60.50	-1.732	0.083
	ضابطة	14	165.50	11.82			
البعد التمييزي	تجريبية	14	171.00	12.21	66.00	-1.490	0.136
	ضابطة	14	235.00	16.79			
البعد الديني	تجريبية	14	212.50	15.18	88.50	-0.439	0.661
	ضابطة	14	193.50	13.82			
المقياس ككل	تجريبية	14	229.00	16.36	72.00	-1.200	0.230
	ضابطة	14	177.00	12.64			

- قيمة (z) محولة من اختبار ويلكوكسون اللا معلمي المبني على الرتب الأقل (السالبة).

يتبين من الجدول (7) أن قيم (z) سالبة وليست ذات دلالة احصائية وبالتالي لا يوجد فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (0.05 =α) بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي، الديني) على القياس القبلي مما يدل على التكافؤ بين المجموعتين.

ثانيا: أثر البرنامج :

للكشف عن أثر البرنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب تم تطبيق اختبار "مان وتني" (Mann–Whitney) والجدول (9) يوضح ذلك. حيث يظهر الجدول وجود أثر دال احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05 = α) وبالتالي هناك فروق بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي،

الاجتماعي، التمييزي) على القياس البعدي مما يدل على وجود أثر لبرنامج مجموعـة الـدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب.

وينبثق من السؤال الرئيس الاجابة عن الأسئلة التالية:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق اختبار "ويلكوكسون" (Wilcoxon) للعينـات المزدوجـة للتعرف على الفروق في مقياس وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي ، والجدول (8) يوضح ذلك.

الجدول 8

نتائج اختبار " ويلكوكسون " (Wilcoxon) للكشف عن الفروق في توزيع الفقرات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية (ن = 14).

البعد	المجموعة	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z*	الدلالة الإحصائية
البعد النفسي	تجريبية	قبلي	31.43	3.16	14	15.5	217.0	0.65-	0.00
		بعدي	18.21	3.21		7.5	106.0		
البعد الاجتماعي	تجريبية	قبلي	34.43	5.43	14	17.1	240.5	1.732-	0.00
		بعدي	20.36	4.01		7.8	110.0		
البعد التمييزي	تجريبية	قبلي	28.36	2.53	14	12.2	171.0	1.490-	0.00
		بعدي	21.29	3.95		15.1	212.5		
البعد الديني	تجريبية	قبلي	18.64	3.67	14	15.1	212.5	0.439-	0.01
		بعدي	15.86	4.42		11.0	154.0		
برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي ككل	تجريبية	قبلي	112.86	8.00	14	16.3	229.0	1.200-	0.00
		بعدي	75.71	9.45		7.5	105.0		

* قيمة (z) محولة من اختبار ويلكوكسون اللامعلمي المبني على الرتب الأقل (السالبة).

يظهر من الجدول (8) أن قيم (z) سالبة وأن هناك فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) على جميع القيم في توزيع الفقرات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية مما يدل على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي ولصالح القياس البعدي، حيث انخفض مستوى الشعور بالوصمة، وهذا يعود الى أثر تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية.

السؤال الثاني : هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05 = α) بين المتوسطين الحسابيين لأداء أفراد مجموعتي الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ؟

الجدول 9

نتائج اختبار "مان وتني" (Mann–Whitney) للكشف عن أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب على المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي، الديني) على القياس البعدي (ن = 28).

الأبعاد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann -Whitney U	Z*	مستوى الدلالة
البعد النفسي	تجريبية	14	7.5	106.00	1.00	4.47-	0.00
	ضابطة	14	21.4	300.00			
البعد الاجتماعي	تجريبية	14	7.86	110.00	5.00	4.28-	0.00
	ضابطة	14	21.14	296.00			
البعد التمييزي	تجريبية	14	7.54	105.50	0.50	4.48-	0.00
	ضابطة	14	21.46	300.50			
البعد الديني	تجريبية	14	11.00	154.00	49.00	2.26-	0.24
	ضابطة	14	18.00	252.00			
المقياس ككل	تجريبية	14	7.50	105.00	0.00	4.51-	0.00
	ضابطة	14	21.50	301.00			

- قيمة (z) محولة من اختبار ويلكوكسون اللامعلمي المبني على الرتب الأقل (السالبة).

يظهر من الجدول (9) أن قيم (z) سالبة ودالة احصائياً عند مستوى الدلالة (α = 0.05) وبالتالي هناك فروق بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي)، وعلى المقياس ككل في القياس البعدي ما عدا البعد الديني، مما يدل على أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب.

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) بين المتوسطين الحسابيين لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقياس وصمة المرض النفسي؟

للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق اختبار " ويلكوكسون " (Wilcoxon) للمجموعات المزدوجة للتعرف على الفروق بين التطبيق البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقياس وصمة المرض النفسي، والجدول (10) يوضح ذلك.

الجدول 10

نتائج اختبار " ويلكوكسون " (Wilcoxon) للكشف عن الفروق في توزيع الفقرات على القياس البعدي والمتابعة (ن = 14).

الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z*	مستوى الدلالة
البعد النفسي	متابعة	18.36	3.23	14	7.50	105.0	0.632	0.07
	بعدي	18.21	3.21	14	7.57	106.0		
البعد الاجتماعي	متابعة	20.93	3.73	14	7.50	105.0	0.645	0.20
	بعدي	20.36	4.01	14	7.86	110.0		
البعد التمييزي	متابعة	21.79	2.83	14	7.50	105.0	1.769	0.10
	بعدي	21.29	3.95	14	7.54	105.5		
البعد الديني	متابعة	15.29	1.82	14	7.50	105.0	0.854	0.2
	بعدي	15.86	4.42	14	7.54	154.0		
المقياس ككل	متابعة	6.79	76.36	14	7.50	105.0	0.348	0.6
	بعدي	9.45	75.71	14	7.50	106.0		

* قيمة (z) محولة من اختبار ويلكوكسون اللامعلمي المبني على الرتب الأقل (السالبة).

يظهر من الجدول (10) أن قيم (z) ضعيفة وغير دالة احصائياً، وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على جميع القيم في توزيع الفقرات بين القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية وذلك لاستمرار تأثير البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية لمقياس وصمة المرض النفسي.

السؤال الرابع: ما مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب؟

بغرض الإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات مجالات وصمة المرض النفسي، والجدول (11) يوضح ذلك.

وقد تم اعتماد التدريج التالي للحكم على درجة تقدير المتوسط الحسابي:

- متوسط حسابي (1-2) درجة تقدير منخفضة.
- متوسط حسابي (2-3) درجة تقدير متوسطة.
- متوسط حسابي (3-4) درجة تقدير مرتفعة.

الجدول 11

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الفقرات التي تقيس مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب (ن = 212).

الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة	النسبة
1	البعد النفسي	2.77	0.77	4	متوسطة	0.69
2	البعد الاجتماعي	2.85	0.68	3	متوسطة	0.71
3	البعد التمييزي	3.20	0.34	1	مرتفعة	0.80
4	البعد الديني	2.88	0.67	2	متوسطة	0.72
	الأداة ككل	2.86	0.50		متوسطة	0.72

يظهر من الجدول (11) أن المتوسطات الحسابية للمجالات التي تقيس مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب تراوحت بين (2.77-3.20)، وكان أبرزها

للمجال: " البعد التمييزي " بمتوسط حسابي بلغ (3.20) وبدرجة مرتفعة، وبنسبة 80% ثم جاء مجال: "البعد الديني" بمتوسط حسابي بلغ (2.88)، وبنسبة 72%، وأخيراً جاء مجال "البعد النفسي" بمتوسط حسابي بلغ (2.77) وبدرجة متوسطة، وبنسبة 69%، كما بلغ المتوسط العام للأداة ككل التي تقيس مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب (2.86) وبدرجة متوسطة، وبنسبة72%.

وفيما يلي عرض كل مجال على حده:

المجال الأول: البعد النفسي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات مجال البعد النفسي، والجدول (12) يوضح ذلك.

الجدول 12

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الفقرات التي تقيس أثر البعد النفسي على الوصمة

الرقم	الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
1	أشعر أني السبب في مرضي	2.56	1.12	11	متوسطة
2	أشعر بالخجل كوني مريضاً نفسياً	2.76	1.00	8	متوسطة
3	أشعر بالخجل عندما أكون مع أشخاص لا يعانون من مشاكل نفسية	2.67	1.02	10	متوسطة
4	أشعر بالقلق تجاه مستقبلي	2.86	0.97	2	متوسطة
5	أشعر بالخجل من أن أخبر أي شخص أني مريض نفسي	2.85	0.98	3	متوسطة
6	أشعر بالإحراج من أن أخبر أي شخص أني أتناول أدوية نفسية	2.92	1.04	1	متوسطة
7	تشخيصي بأني مريض نفسياً يؤثر على فرصي الاجتماعية والوظيفية	2.84	1.03	4	متوسطة
8	أشعر بأني عديم الفائدة بسبب إصابتي بمرض نفسي	2.73	1.06	8	متوسطة
9	أشعر أني إنسان ضعيف ولا أستطيع أخذ القرارات وحدي	2.76	1.05	7	متوسطة
10	أشعر أن الناس الذين يعانون من أمراض نفسية لا يفهموني	2.79	1.05	5	متوسطة
11	أشعر أن الناس يتجنبوني لمجرد أن يعلموا أني أعاني من مرض نفسي	2.79	1.09	5	متوسطة
	المتوسط العام	2.77	0.77		متوسطة

يظهر من الجدول (12) أن المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس أثر البعد النفسي على الوصمة تراوحت بين (2.56-2.92)، وكان أبرزها للفقرة رقم (6) التي تنص: "أشعر

بالإحراج من أن أخبر أي شخص أني أتناول أدوية نفسية "، بمتوسط حسابي بلغ (2.92) وبدرجة متوسطة، ثم جاءت الفقرة رقم (4) التي تنص: " أشعر بالقلق تجاه مستقبلي "، بمتوسط حسابي (2.86) وبدرجة متوسطة، وجاءت أقل المتوسطات الحسابية للفقرة رقم (1) التي تنص: "أشعر أني السبب في مرضي " بمتوسط حسابي بلغ (2.56) وبدرجة متوسطة.

كما بلغ المتوسط العام للفقرات التي تقيس أثر البعد النفسي على الوصمة (2.77) وبدرجة متوسطة.

المجال الثاني: البعد الاجتماعي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات مجال البعد الاجتماعي، والجدول (13) يوضح ذلك.

الجدول 13

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الفقرات التي تقيس أثر البعد الاجتماعي على الوصمة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
1	أشعر بالإحباط من الطريقة التي يتعامل بها الناس معي	3.22	0.88	1	مرتفعة
2	أتحدث بصراحة من أفراد عائلتي عن مرضي النفسي	2.72	1.00	11	متوسطة
3	يجعلني الآخرون أشعر بالخجل لوجود مرض نفسي	2.78	0.97	8	متوسطة
4	أشعر بأني شخص غير مرحب به عند الأصدقاء والأقارب	2.75	1.06	9	متوسطة
5	الناس تعرف أن الشخص مريض نفسياً من ملامح وجهه	2.73	0.96	10	متوسطة
6	لا أحب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظوا أني مريض نفسياً	2.70	1.03	12	متوسطة
7	لا أحب الانخراط بالعلاقات الاجتماعية حتى ألفت النظر إلي	2.81	1.03	7	متوسطة
8	أبتعد عن المواقف الاجتماعية حتى أحمي نفسي وعائلتي من الاحراج	2.90	1.00	3	متوسطة
9	أشعر بالغضب من ردود فعل الناس تجاه مرضي النفسي	2.85	0.98	6	متوسطة
10	التواجد مع الناس الأصحاء يجعلني أشعر بالغربة والرفض	2.86	1.01	4	متوسطة
11	أشعر بوجود علامة اجتماعية علي بسبب مرضي	3.05	0.94	2	مرتفعة
12	النظرة السلبية تجاه المرض النفسي تجعلني أنعزل عن الحياة الطبيعية	2.86	1.02	4	متوسطة
	المتوسط العام	2.85	0.68		متوسطة

يظهر من الجدول (13) أن المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس أثر البعد الاجتماعي على الوصمة تراوحت بين (2.70-3.22)، وكان أبرزها للفقرة رقم (1) التي

تنص: " أشعر بالإحباط من الطريقة التي يتعامل بها الناس معي "، بمتوسط حسابي بلغ (3.22) وبدرجة مرتفعة، ثم جاءت الفقرة رقم (11) التي تنص:" أشعر بوجود علامة اجتماعيـــة علـــي بسبب مرضي "، بمتوسط حسابي (3.05) وبدرجة مرتفعة، وجاءت أقل المتوسطات الحـسابية للفقرة رقم (6) التي تنص:" لا أحب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظوا أني مريض نفـسياً " بمتوسط حسابي بلغ (2.70) وبدرجة متوسطة. كما بلغ المتوسط العام للفقرات التي تقيس أثـر البعد الاجتماعي على الوصمة (2.85) وبدرجة متوسطة.

المجال الثالث: البعد التمييزي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميـع فقـرات مجـال البعـد التمييزي، والجدول (14) يوضح ذلك.

الجدول 14

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الفقرات التي تقيس أثر البعد التمييزي على الوصمة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
1	بصفة عامة الناس لا يوجد عندهم فهم للأمراض النفسية	3.66	0.57	1	مرتفعة
2	يعتقد الناس من يراجع العيادة النفسية مصاب بالجنون	3.55	0.60	2	مرتفعة
3	مرضي النفسي يجعلني مقبول أكثر للآخرين	2.79	0.74	11	متوسطة
4	أشعر أنه لا يوجد عندي فرص في الحياة مثل غيري بسبب مشاكلي النفسية	3.17	0.72	6	مرتفعة
5	إذا رغبت بالزواج سوف ارفض لوجود مرض نفسي عندي	3.09	0.79	8	مرتفعة
6	الناس يميزون بالمعاملة لمجرد أن يعلموا أني مريض نفسياً	3.23	0.70	5	مرتفعة
7	الناس تخاف من المرضى النفسيين وتعتبرهم خطرين	3.38	0.72	3	مرتفعة
8	الناس تعتبر المرض النفسي مرض مثل أي مرض جسدي أو عضوي	2.86	0.69	10	متوسطة
9	أنا مثل أي شخص آخر حتى وأنا مريض نفسياً	2.98	0.75	9	متوسطة
10	أعتقد أن فرصي بالعمل قليلة إذا أخبرتهم أني مريض نفسي	3.13	0.63	7	مرتفعة
11	أشعر أن الاهتمام بالمرض النفسي لا يأخذ حقه في القطاع الـصحي مثـل الأمراض الأخرى.	3.37	0.67	4	مرتفعة
	المتوسط العام	3.20	0.34		متوسطة

يظهر من الجدول (14) أن المتوسطات الحسابية للفقرات التـي تقـيس أثـر البعـد التمييزي على الوصمة تراوحت بين (3.66-2.79)، وكان أبرزها للفقرة رقم (1) التي تنص:

"بصفة عامة الناس لا يوجد عندهم فهم للأمراض النفسية "، بمتوسط حسابي بلغ (3.66) وبدرجة مرتفعة، ثم جاءت الفقرة رقم (2) التي تنص: " يعتقد الناس من يراجع العيادة النفسية مصاب بالجنون "، بمتوسط حسابي (3.55) وبدرجة مرتفعة، وجاءت أقل المتوسطات الحسابية للفقرة رقم (3) التي تنص: " مرضي النفسي يجعلني مقبول أكثر للآخرين" بمتوسط حسابي بلغ (2.79) وبدرجة متوسطة.

كما بلغ المتوسط العام للفقرات التي تقيس أثر البعد التمييزي على الوصمة (3.20) وبدرجة مرتفعة.

المجال الرابع: البعد الديني :

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع فقرات مجال البعد الديني، و الجدول (15) يوضح ذلك.

الجدول 15

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع الفقرات التي تقيس أثر البعد الديني على الوصمة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
1	أشعر أن مرضي النفسي جعلني أقرب إلى الله عز وجل	3.12	0.95	1	مرتفعة
2	أعتقد أن المرض النفسي نوع من أنواع العقاب الإلهي	2.57	0.96	6	متوسطة
3	الجأ إلى قراءة القرآن وإلى الصلاة عندما أتضايق	2.94	0.94	5	متوسطة
4	اعتقد انه إذا أكثرت من الفرائض والواجبات والدينية أشفى بسرعة	2.96	0.99	4	متوسطة
5	أشعر بالارتياح عند سماع الدروس الدينية التي تتحدث عن المصائب ومصاعب الآخرين.	3.07	0.90	2	مرتفعة
6	أشعر بالتحسن عندما أذهب للشيوخ لمعالجتي	2.46	1.12	7	متوسطة
7	اشعر أن مرضي نوع من أنواع الجهاد	3.05	1.02	3	مرتفعة
	المتوسط العام	2.88	0.67		متوسطة

يظهر من الجدول (15) أن المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس أثر البعد الديني على الوصمة تراوحت بين (2.46-3.12)، وكان أبرزها للفقرة رقم (1) التي تنص: "أشعر أن

مرضي النفسي جعلني أقرب إلى الله عز وجل "، بمتوسط حسابي بلغ (3.12) وبدرجة مرتفعة، ثم جاءت الفقرة رقم (5) التي تنص: " أشعر بالارتياح عند سماع الدروس الدينية التي تتحدث عن المصائب ومصاعب الآخرين. "، بمتوسط حسابي (3.07) وبدرجة مرتفعة، وجاءت أقل المتوسطات الحسابية للفقرة رقم (6) التي تنص: " أشعر بالتحسن عندما أذهب للشيوخ لمعالجتي " بمتوسط حسابي بلغ (2.46) وبدرجة متوسطة.

كما بلغ المتوسط العام للفقرات التي تقيس أثر البعد الديني على الوصمة (2.88) وبدرجة متوسطة.

السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الاكتئاب قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق " ويلكوكسون " (Wilcoxon) للعينات المزدوجة للتعرف على الفروق بين متوسطات القياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الإكتئاب، و الجدول (16) يوضح ذلك.

الجدول 16

نتائج اختبار " ويلكوكسون " (Wilcoxon) للكشف عن الفروق في توزيع الفقرات على القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية (ن = 14).

	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z*	مستوى الدلالة
الإكتئاب	قبلي	32.00	11.08	14	13.5	189.0	0.64-	0.52
	بعدي	29.61	9.59	14	11.6	163.5		

* قيمة (z) محولة من اختبار ويلكوكسون اللامعلمي المبني على الرتب الأقل (السالبة).

يظهر من الجدول (16) أن قيم (z) سالبة، وعدم وجود فروق دالـــة احــصائيا علـــى مستوى الإكتئاب في توزيع الفقرات بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، مما يـــدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب قبـــل وبعـــد تطبيـــق برنـــامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية.

السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعـــود للمتغيـــرات (جـــنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) علـــى مقيـــاس الوصمة تبعا لمتغيرات(جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعيـــة، الحالة الاقتصادية)، والجداول (17 - 21) توضح ذلك.

كما تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) على جميع مجالات الدراسة والجدول (22) يوضح ذلك، وتطبيق تحليل التباين الخماسي (5-Way ANOVA) على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمـــي،الحالـــة الاجتماعيـــة، الحالـــة الاقتصادية)، والجدول (23) يوضح ذلك.

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير الجنس :

الجدول 17

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمجالات مقياس الوصمة والمقياس ككل تبعا لمتغير(جنس المريض) (ن=212)

المجال	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد النفسي	ذكر	2.73	0.75
	أنثى	2.81	0.79
البعد الاجتماعي	ذكر	2.80	0.68
	أنثى	2.90	0.67
البعد التمييزي	ذكر	3.15	0.31
	أنثى	3.25	0.36
البعد الديني	ذكر	2.95	0.64
	أنثى	2.82	0.70
المقياس ككل	ذكر	1.71	0.59
	أنثى	1.72	0.57

يظهر من الجدول (17) وجود فروق ظاهرية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعود للجنس.

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير العمر :

الجدول 18

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمجالات مقياس الوصمة والمقياس ككل تبعا لمتغير (عمر المريض) (ن=212)

المجال	عمر المريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد النفسي	(18-30سنة)	2.63	0.76
	(30-40 سنة)	2.83	0.77
	(40-50سنة)	2.90	0.78
	أكثر من 50 سنة	2.67	0.72
	المجموع الكلي	2.77	0.77
البعد الإجتماعي	(18-30سنة)	2.77	0.69
	(30-40 سنة)	2.92	0.68
	(40-50سنة)	2.88	0.70

المجال	عمر المريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	أكثر من 50 سنة	2.76	0.52
	المجموع الكلي	2.85	0.68
البعد التمييزي	(18-30سنة)	3.15	0.38
	(30-40 سنة)	3.22	0.31
	(40-50سنة)	3.24	0.33
	أكثر من 50 سنة	3.18	0.32
	المجموع الكلي	3.20	0.34
البعد الديني	(18-30سنة)	3.02	0.60
	(30-40 سنة)	2.85	0.67
	(40-50سنة)	2.72	0.73
	أكثر من 50 سنة	3.04	0.68
	المجموع الكلي	2.88	0.67
المقياس ككل	(18-30سنة)	1.64	0.60
	(30-40 سنة)	1.80	0.54
	(40-50سنة)	1.68	0.60
	أكثر من 50 سنة	1.81	0.61
	المجموع الكلي	1.72	0.58

يظهر من الجدول (18) وجود فروق ظاهرية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعود لعمر المريض ولمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) على جميع مجالات الدراسة و الجدول (22) يوضح ذلك، كما تم تطبيق اختبار التباين الخماسي (5-Way ANOVA) على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)، والجدول (23) يوضح ذلك.

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير المستوى التعليمي :

الجدول 19

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمجالات مقياس الوصمة والمقياس ككل تبعا لمتغير (المستوى التعليمي) (ن=212)

المجال	المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد النفسي	ثانوية فما دون	2.65	0.79
	دبلوم	3.06	0.53
	بكالوريوس	3.13	0.74
	دراسات عليا	2.48	0.83
	المجموع الكلي	2.77	0.77
البعد الإجتماعي	ثانوية فما دون	2.79	0.71
	دبلوم	3.03	0.54
	بكالوريوس	3.07	0.58
	دراسات عليا	2.44	0.75
	المجموع الكلي	2.85	0.68
البعد التمييزي	ثانوية فما دون	3.16	0.33
	دبلوم	3.28	0.34
	بكالوريوس	3.29	0.37
	دراسات عليا	3.23	0.33
	المجموع الكلي	3.20	0.34
البعد الديني	ثانوية فما دون	2.89	0.71
	دبلوم	2.92	0.60
	بكالوريوس	2.78	0.62
	دراسات عليا	2.91	0.50
	المجموع الكلي	2.88	0.67
المقياس ككل	ثانوية فما دون	1.70	0.54
	دبلوم	1.80	0.61
	بكالوريوس	1.77	0.67
	دراسات عليا	1.49	0.84
	المجموع الكلي	1.72	0.58

يظهر من الجدول (19) وجود فروق ظاهرية في وصمة المرض النفسي لدى مرضـــى الاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصـــمة تعـــود للمـــستوى التعليمـــي،

ولمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق تم تطبيق تحليل التباين المتعـدد (MANOVA) علـى جميع مجالات الدراسة والجدول (22) يوضح ذلك، كما تم تطبيق اختبار التباين الخماسي (5-Way ANOVA) على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات (جنس المريض، عمر المـريض، المـستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)، والجدول (23) يوضح ذلك.

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية:

الجدول 20

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمجالات مقياس الوصمة والمقياس ككل تبعا لمتغير (الحالة الاجتماعية)

المجال	الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد النفسي	أعزب	2.71	0.82
	متزوج	2.76	0.74
	مطلق	3.02	0.75
	أرمل	2.83	0.77
	المجموع الكلي	2.77	0.77
البعد الاجتماعي	أعزب	2.81	0.73
	متزوج	2.86	0.66
	مطلق	2.89	0.68
	أرمل	2.91	0.65
	المجموع الكلي	2.85	0.68
البعد التمييزي	أعزب	3.17	0.38
	متزوج	3.21	0.30
	مطلق	3.25	0.43
	أرمل	3.22	0.23
	المجموع الكلي	3.20	0.34
البعد الديني	أعزب	2.89	0.65
	متزوج	2.88	0.66
	مطلق	2.85	0.74
	أرمل	2.83	0.80
	المجموع الكلي	2.88	0.67

المجال	الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	أعزب	1.63	0.62
	متزوج	1.69	0.51
المقياس ككل	مطلق	2.01	0.75
	أرمل	2.00	0.43
	المجموع الكلي	1.72	0.58

يظهر من الجدول (20) وجود فروق ظاهرية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة $(\alpha = 0.05)$ على مقياس الوصمة تعود للحالة الاجتماعية، ولمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) على جميع مجالات الدراسة والجدول (22) يوضح ذلك، كما تم تطبيق اختبار التباين الخماسي (5-Way ANOVA) على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)، والجدول (23) يوضح ذلك.

الجدول 21

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمجالات مقياس الوصمة والمقياس ككل تبعا لمتغير (الحالة الاقتصادية)

المجال	الدخل الشهري بالدينار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	300-100	2.67	0.80
البعد النفسي	500-300	2.99	0.70
	800-500	2.99	0.71
	800 فما فوق	2.69	0.61
	المجموع الكلي	2.77	0.77
	300-100	2.81	0.72
	500-300	2.97	0.61
البعد الاجتماعي	800-500	2.98	0.61
	800 فما فوق	2.57	0.54
	المجموع الكلي	2.85	0.68

المجال	الدخل الشهري بالدينار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد التمييزي	300-100	3.19	0.35
	500-300	3.23	0.32
	800-500	3.22	0.33
	800 فما فوق	3.12	0.32
	المجموع الكلي	3.20	0.34
البعد الديني	300-100	2.92	0.70
	500-300	2.82	0.62
	800-500	2.78	0.69
	800 فما فوق	2.84	0.54
	المجموع الكلي	2.88	0.67
المقياس ككل	300-100	1.74	0.60
	500-300	1.79	0.53
	800-500	1.58	0.64
	800 فما فوق	1.45	0.43
	المجموع الكلي	1.72	0.58

يظهر من الجدول (21) وجود فروق ظاهرية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعود للحالة الاقتصادية، ولمعرفة الدلالة الإحصائية لتلك الفروق تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) على جميع مجالات الدراسة و الجدول (22) يوضح ذلك، كما تم تطبيق اختبار التباين الخماسي (5- Way ANOVA) على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)، والجدول (23) يوضح ذلك.

الجدول 22

نتائج اختبار تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للتعرف على الفروق لمجالات مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب تعود لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية) والمقياس ككل (ن=212)

المتغير	المجال	متوسط المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية
جنس المريض	البعد النفسي	0.068	1	0.068	0.121	0.728
قيمة هوتلنج	البعد الاجتماعي	0.223	1	0.223	0.493	0.483
(0.02) Val F(1.09)	البعد التمييزي	0.350	1	0.350	3.085	0.081
Sig(0.36)	البعد الديني	0.713	1	0.713	1.568	0.212
عمر المريض	البعد النفسي	2.358	3	0.786	1.403	0.243
قيمة ولكس	البعد الاجتماعي	0.971	3	0.324	0.716	0.544
(0.92)	البعد التمييزي	0.180	3	0.060	0.530	0.662
Val F (1.30) Sig (0.21)	البعد الديني	2.870	3	0.957	2.102	0.101
المستوى	البعد النفسي	5.408	3	1.803	3.219	0.024
التعليمي	البعد الاجتماعي	3.414	3	1.138	2.516	0.059
قيمة ولكس	البعد التمييزي	0.739	3	0.246	2.172	0.093
(0.91) Val F (1.49) Sig (0.12)	البعد الديني	0.568	3	0.189	0.416	0.742
الحالة	البعد النفسي	1.765	3	0.588	1.050	0.371
الاجتماعية	البعد الاجتماعي	0.478	3	0.159	0.353	0.787
قيمة ولكس	البعد التمييزي	0.112	3	0.037	0.330	0.803
(0.95) Val F (0.74) Sig (0.71)	البعد الديني	0.377	3	0.126	0.276	0.843
الحالة	البعد النفسي	0.992	3	0.331	0.590	0.622
الاقتصادية	البعد الاجتماعي	1.133	3	0.378	0.835	0.476
قيمة ولكس	البعد التمييزي	0.201	3	0.067	0.591	0.622
(0.93) Val (1.10) Sig (0.35)	البعد الديني	0.747	3	0.249	0.547	0.651
الخطأ	البعد النفسي	110.881	198	0.560		
	البعد الاجتماعي	89.551	198	0.452		
	البعد التمييزي	22.451	198	0.113		
	البعد الديني	90.112	198	0.455		

المتغير	المجال	متوسط المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية
المجموع المصحح	البعد النفسي	125.429	211			
	البعد الاجتماعي	96.629	211			
	البعد التمييزي	24.095	211			
	البعد الديني	95.072	211			

يظهر من الجدول (22):

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على جميع مجالات مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب تبعا لجميع المتغيرات المستقلة، ما عدا متغير المستوى التعليمي على مجال (البعد النفسي) وللتعرف على مصادر الفروق تم تطبيق اختبار شيفية (Scheffe)، والجدول (24) يوضح ذلك.

كما تم تطبيق اختبار تحليل التباين الخماسي (5-way ANOVA) للتعرف على مصادر الفروق في مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب ككل.

الجدول 23

نتائج اختبار (5_Way ANOVA) للتعرف على الفروق في مقياس وصمة المرض النفسي الكلي لدى مرضى الاكتئاب باختلاف متغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية) (ن = 212).

	متوسط المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية
جنس المريض	005.	1	0.005	0.017	0.897
عمر المريض	1.254	3	0.418	1.292	0.278
المستوى التعليمي	1.128	3	0.376	1.163	0.325
الحالة الاجتماعية	3.605	3	1.202	3.716	**0.012**
الحالة الاقتصادية	1.282	3	0.427	1.321	0.269
الخطأ	64.041	198	0.323		
المجموع المصحح	71.011	211			

يظهر من الجدول (23):

- وجود فروق في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالة (0.05 = α) على مقياس الوصمة ككل تعود لمتغير (الحالية الاجتماعيـــة) وللتعــرف علـــى مصادر الفروق تم تطبيق اختبار شيفية (Scheffe)، والجدول (25) يوضح ذلك.
- عدم وجود فروق في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى دلالـــة (0.05 = α) على مقياس الوصمة ككل تعود لمتغيـــرات (جـــنس المـــريض، عمـــر المريض، المستوى التعليمي، الحالة الاقتصادية).

الجدول 24

اختبار شيفية (Scheffe) للتعرف على مصادر الفروق في مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب لمجال البعد النفسي تبعا لمتغير المستوى التعليمي

المجال	المستوى	المتوسط الحسابي	ثانوية فما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
البعد النفسي	ثانوية فما دون	2.65	-	0.41	0.48	0.17
	دبلوم	3.06	-	-	0.07	0.58
	بكالوريوس	3.13	-	-	-	*0.65
	دراسات عليا	2.48	-	-	-	-

- دال عند مستوى الدلالة (α =0.05).

يظهر من الجدول (24) أن هناك فروق في مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب لمجال البعد النفسي وأن مصادر الفروق كانت بين (بكالوريوس) (3.13) و(دراســـات عليا) (2.48)، وكانت الفروق لصالح بكالوريوس (0.65).

الجدول 25

اختبار شيفية (Scheffe) للتعرف على مصادر الفروق في مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب على المقياس ككل تبعا لمتغير (الحالة الاجتماعية)

المجال	المستوى	المتوسط الحسابي	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل
	أعزب	1.63	-	0.06	*0.38	0.37
	متزوج	1.69	-	-	0.32	0.31
	مطلق	2.01	-	-	-	0.01
	أرمل	2.00	-	-	-	-

يظهر من الجدول (25) أن هناك فروق في مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب ككل وأن مصادر الفروق كانت بين (أعزب) (1.63) و(مطلق) (2.01)، وكانت الفروق لصالح مطلق بمتوسط فرق بين المتوسطين (0.38).

ملخص النتائج:

أثبتت الدراسة وجود أثر لبرنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث انخفض مستوى الشعور بالوصمة، وعدم وجود فروق دالة احصائيا على جميع القيم في توزيع الفقرات بين القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية، وذلك لاستمرار تأثير البرنامج الارشادي على أفراد المجموعة التجريبية لمقياس وصمة المرض النفسي. وأن مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب كانت بين متوسطة ومرتفعة وبنسبة 72%، وكان أبرزها للمجال: " البعد التمييزي " وبدرجة مرتفعة، وبنسبة

80%، ثم جاء مجال: "البعد الديني" وبنسبة 72%، وأخيراً جاء مجال "البعد النفسي" وبدرجة متوسطة، وبنسبة 69% والمتوسط العام للأداة ككل كان بدرجة متوسطة.

وأثبتت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية على جميع مجالات مقياس وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب تبعا لجميع المتغيرات المستقلة، ما عدا متغير المستوى التعليمي على مجال (البعد النفسي) وكانت الفروق تعزى لفئة (البكالوريوس)، ووجود فروق في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب على مقياس الوصمة ككل تبعا لمتغير (الحالية الاجتماعية) ولصالح فئة "المطلق".

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت اليها الدراسة في ضوء ما تم طرحه من أسئلة، وفيما يلي عرض لمناقشة هذه النتائج، بالإضافة الى التوصيات التي انبثقت في ضوء هذه النتائج.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرئيس: **ما أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي وجود أثر لبرنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الإكتئاب للمجموعة التجريبية، حيث أشارت النتائج أن هناك أثر دال احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد على مقياس وصمة المرض النفسي (النفسي، الاجتماعي، التمييزي) والمقياس ككل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الارشادي، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن درجات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت بشكل جوهري بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عنها قبل التطبيق، وإن هذه النتيجة تؤكد أن البرنامج الإرشادي الذي تم تصميمه وتطبيقه بهدف التخفيف من الشعور بالوصمة الذاتية لمرضى الاكتئاب قد ساهم بشكل واضح في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، ويمكن استخدامه على عينات مشابهة وتطبيقه بشكل موسع للتخفيف من وصمة المرض النفسي بشكل عام، حيث احتوى البرنامج على جلسات تثقيفية لها الأثر المباشر في تغير ادراك

المريض لمفهوم المرض النفسي والاكتئاب والوصمة، وتقليل شعوره بالخزي والعار وبالضيق والخجل من خلال المعلومات القيمة التي قدمت من مختصين على مدى الجلسات التثقيفية للبرنامج، وتثقيف مريض الاكتئاب كيفية التعامل مع مشاعره الداخلية التي تتجسد من حرجه بمراجعة العيادة النفسية وخوفه من أن يقال عنه مريض نفسي والتعايش مع الاكتئاب والتأقلم معه، وتعليم المريض مهارات لكيفية التعامل مع مشاعرة وطرق التنفيس الانفعالي، والتخفيف من ذلك الشعور من خلال التنفس الصحيح، وتثقيف المريض أن معرفته لذاته وطرق التعبير عنها وتوكيدها تقلل من ذلك الشعور السيء بالخزي والضيق والعار والخجل من خلال استبصاره في داخله.

وحقق البرنامج الارشادي هدفه في تقليل الوصمة من خلال دعم المرضى النفسي والاجتماعي المتواصل طيلة مراحل البرنامج الارشادي من خلال المناقشات البناءة المقدمة منهم اثناء الجلسات ومناقشتها جميعها، أو قراءة تقيميهم المرحلي لكل جلسة وتعليمهم كيفية اختيار نمط حياة يناسبهم ونوعية الغذاء المناسب لمرضى الاكتئاب والتركيز على الجانب الروحي الذي يدعم المريض، ومن خلال التفاعل ودعم المجموعة الارشادية لبعضهم البعض.

وأكد ذلك الأثر أيضا التقييم المرحلي والنهائي من المرضى، حيث أكدت احدى المريضات بأثر انضمامها لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي حيث أكدت أنها كانت تخجل من أن تخبر أحد عن مرضها، وأنها تذهب سرا لمواعيد الطبيب النفسي الذي ذهبت اليه بعد فترة طويله من المعاناة، اما الآن فهي تأتي الى العيادة علنا بعد اخبار أولادها جميعا وزوجها عن معاناتها، وأحضرت ابنتها التي تظهر عليها اعراض اكتئابيه لأخذ موعد مع الطبيب النفسي لتقيمها.

وأكد مريض آخر أنه الآن أكثر راحة بالتحدث مع اصدقائه بعدما أخبرهم أنه مصاب بالاكتئاب، وأنه لا يشعر بالحرج والضيق عندما يتحدث عن مرضه.

واتفقت نتيجة هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها كل من ساتو و اكابوشي و انزاي واينو (Sato, Ikebuchi, Anzai & Inoue 2012) والتي هدفت لدراسة أثر برنامج نفسي اجتماعي لتأهيل المرضى لمدة طويلة (Long-term) من مرضى الفصام للخروج من المستشفى، حيث تبين أن البرنامج قادر على تعزيز أداء جيد للمرضى، أي له تأثير على المرضى، وأشارت النتائج أن الدراسة تتفق مع الدراسات السابقة وأن البرنامج النفسي الاجتماعي مفيد في دعم الخارجين من المستشفى من مرضى الفصام في اليابان .

واتفقت ايضا مع الدراسة التي قام بها ويشمان (Wischmann,2008) التي أظهرت أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في حالات العقم حيث أشارت النتائج أن إرشاد حالات العقم واستخدام مجموعات الدعم تعتبر أكثر الأساليب نجاحاً في علاج الأثار النفسية الناتجة عن حالات العقم.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها ويس وآخرون(Weiss et al., 2003) والتي أظهرت أثر برنامج مجموعة الدعم النفس- اجتماعية في زيادة التكيف والدعم الاجتماعي والمساهمة في الحد من الاحباط.

واتفقت أيضا مع الدراسة التي قام بها كل من كاين وكوهرن وكوينلان ولاتيمير وسشوارتز (Cain ,Kohrn, Quinlan ,Latimer & Schwartz ,1986) بهدف دراسة الآثار الإيجابية النفس اجتماعية لمجموعات دعم مرضى السرطان، والذي أثبت أثره في تقليل مستوى الاحباط واعطائهم معلومات أكثر حول المرض وأثبت سهولة تطبيقه وقلة تكاليفه وتكيف البرنامج مع حاجات مرضى السرطان بمختلف أمراض السرطان.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بهـا أشـا وآخـرون (Acha et al.,2007) والتي هدفت إلى تطوير روح الالتزام بالعلاج للأفراد المصابين بالسل المقـاومين للعلاج في البيرو (MDR–TB) من خلال استخدام برنامج مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي حيث تبين أثر البرنامج وأن مجموعات الدعم النفسي الاجتماعي كان لهـا دور محـوري فـي ضمان إكمال المرضى للعلاج وتأهيلهم.

وكما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها كل من ليندسي وجـو وينبث (Lindsey, Joe & Nebbitt ، 2010) ، بهدف دراسة دور وصمة العـار للمـرض النفسي والدعم الاجتماعي في أعراض الاكتئاب، والتي كشفت عن الدور المهم المحوري للدعم الاجتماعي للأسرة والمترافق مع الدعم المهني والزملاء على حد سواء، وأولوية الدعم الأسري جنبا لجنب مع الثقة بالمهنيين وشبكات الأقران.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسـة هيبـسون (Hobson ,2008) والتـي أظهرت أن المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات قصيرة التثقيف فـي الـصحة العقليـة والنفسية أكثر رغبة في الحصول على خدمات استشارية من الأفراد في المجموعة الضابطة.

وبالتالي فان البرامج الارشادية القائمة على الدعم والمساندة النفسية الاجتماعية أثبتـت أثرها ونجاحها من خلال تحقيق الاهداف التي وضعت لأجلها مـع جميـع الأمـراض وبعـدة أغراض.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول: **هل توجد فروق ذات دلالة إحـصائية عنـد مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتمـاعي على أفراد المجموعة التجريبية؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول أن هناك فروق ذات دلالة احصائية على جميع أبعاد مقياس وصمة المرض النفسي بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، ولصالح القياس البعدي الذي تم تطبيقه بعد تقديم البرنامج الأرشادي للمرضى، حيث أنخفضت درجات المجموعة على مقياس الوصمة، وهذا يعود الى أثر تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي والاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية، مما يؤكد أثر البرنامج الكبير الذي عمل على إتاحة الفرصة للمرضى بالتعبير عن مشاعرهم المكبوتة وأفكارهم تجاه اصابتهم بالاكتئاب، حيث ساعد البرنامج الارشادي على تعليم المرضى مهارات حياتية تقلل التوتر وتساعدهم على التأقلم، كما تعود الفروق التي تم الكشف عنها بين القياس القبلي والبعدي الى أثر البرنامج من حيث الخصائص التي يمتاز بها والتي ساهمت في التركيز على أهمية المساندة النفسية والاجتماعية والدينية .

وترى الباحثة أن التنفيس الانفعالي وإخراج المكبوتات لدى المجموعة التجريبية كان لهما دوراً كبيراً في تبصيرهم بجوانب الضعف والقوة لديهم، وأن وتزويدهم بمعلومات عن الاكتئاب وأسبابه والنظريات المفسرة له والوصمة وأنواعها وأسبابها أدت الى تقليل الشعور بالضيق والحرج لتشخيصهم النفسي بمرض الاكتئاب، وأيضا تعليم المرضى مراقبة سلوكياتهم التي تؤدي بهم للانسحاب الاجتماعي نتيجة شعورهم الداخلي بالضيق والخزي تجاه أنفسهم ومواجهة المواقف الواصمة له أثر بتقليل الوصمة، وهذا ما أكدته احدى المريضات بأنها كانت تتجنب زميلاتها بالعمل حتى لا يعلموا بمراجعتها للطبيب النفسي، وتحاول أن تختلق الأعذار لأخذ المغادرات الساعية، أما الآن فهي تأخذ المغادرة وتكتب علنا الذهاب للطبيب وتخبرهم أنها مصابة بالاكتئاب وهذا يشعرها بشعور أفضل من السابق .

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة هيبسون (Hobson, 2008) التي هدفت الى توعية الصحة النفسية وقياس أثرها في تقليل وصمة المرض النفسي وزيادة السلوك الايجابي لتلقي العلاج، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية إيجابية بين الوصمة الاجتماعية والمواقف تجاه طلب الخدمات النفسية والاجتماعية وطلب المشورة النفسية، وأظهرت نتائج الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات قصيرة التثقيف في الصحة العقلية والنفسية أكثر احتمالا للحصول على خدمات استشارية من الأفراد في المجموعة الضابطة.

واتفقت الدراسة مع دراسة كاميرون وآخرون (Cameron et al,2005) والتي هدفت لتقييم دور المعتقدات المرضية وعوامل التنظيم الانفعالي والخصائص الديمغرافية الاجتماعية على الافراد للمشاركة في برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي حيث أظهرت النتائج أن برامج الدعم النفسي الاجتماعي والمواد التثقيفية تكفل نسبة مشاركة أكثر.

وتتفق مع الدراسة التي قام بها كاين وكوهرن وكوينلان ولاتيمير وسشوارتز (Cain ,Kohrn, Quinlan ,Latimer & Schwartz ,1986) حيث كان هناك اختلاف على المجموعة المشاركة بالبرنامج قبل وبعد البرنامج الارشادي على مستوى الاحباط والقلق وأصبحت لديهن معرفة أكثر عن مرض سرطان الثدي وعلاقات أفضل مع مقدمي الرعاية والمختصين، ومشاكل جنسية أقل.

السؤال الثاني : **هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لأداء أفراد مجموعتي الدراسة على مقياس وصمة المرض النفسي بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ؟**

أشارت النتائج لوجود فروق بين متوسطات الرتب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لدرجات الأبعاد (النفسي، الاجتماعي، التمييزي) على القياس البعدي عدا البعد الديني، حيث كانت قيم (z) سالبة ودالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.05)، مما يدل على أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب، وهذا يوكده مناقشة السؤال الرئيس عن أثر البرنامج، وتعزو الباحثة عدم وجود أثر دال احصائيا على البعد الديني بين الضابطة والتجريبية الى تمسك المريض أو المريضة بمعتقداته، وقناعتهم بقدرة الله على الشفاء من أي مرض وهذا تؤكده نسبة انتشار الوصمة على المجال الديني والتي بلغت 72% والتي كانت أعلى فقرة وأبرزها"أشعر أن مرضي النفسي جعلني أقرب الى الله عز وجل"، حيث أن مريض الاكتئاب مهما تعلم من أساليب حديثة للسيطرة على شعوره الداخلي تبقى قناعاته الدينيه هي الوسيلة الأقوى لتحمل المرض لذلك كانت النتائج متشابهة للمجموعة التجريبية والضابطة.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها هوبسون (Hobson , 2008) بهدف توعية الصحة النفسية وقياس أثرها في تقليل وصمة المرض النفسي وزيادة السلوك الايجابي لتلقي العلاج حيث كانت العينة مكونة من 196 شخص قسمت الى عينة تجريبية تلقت برنامج تثقيفي وعينة ضابطة لم تتلقى برنامج تثقيفي ، ووجدت هذه الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات تثقيفية في الصحة العقلية والنفسية أكثر تقبلا للحصول على خدمات استشارية من الأفراد في المجموعة الضابطة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث: **هل توجد فروق ذات دلاله إحــصائية عنــد مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس البعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقيــاس وصـــمة المرض النفسي؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية، ويعود الــسبب في ذلك لاستمرار تأثير البرنامج الارشادي التثقيفي على أفراد المجموعة التجريبيــة لمقيــاس وصمة المرض النفسي إلى ما بعد تطبيق البرنامج، ويرجع ذلك إلى فهم المجموعة التجريبيــة للمعلومات التثقيفية التي قدمت من قبل المختصين، كذلك تطبيق المجموعــة للمهــارات التــي اكتسبوها في البرنامج من استبصار وتوكيد ذات وتفريغ انفعالي وتعديل سلوكي، وهــذا يؤكــد التغيير المعرفي الذي حدث لدى المجموعة التجريبية حول مفهــوم الاكتئــاب والتعامــل معــه والتعامل مع المشاعر الداخلية التي تسبب الضيق والحرج والخجل، وأن البرنامج حقق أهدافــه بالمساندة النفسية والاجتماعية حتى بعد انتهائه. وهذا ما أكدته احدى المريضات التي انتظمــت بالمراجعة الدورية للطبيب حتى بعد انتهاء البرنامج بأشهر، وأكدت أنها أصبحت تقرأ أكثر عن الطرق التي تمكنها من السيطرة على حياتها وتغير أفكارها غيــر الــصحيحة وتحــاول نقــل المهارات التي تعلمتها لصديقاتها اللواتي يعانين من الاكتئاب لدعمهن ومساندتهن.

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة قام بها ويس وآخــرون (Weiss et al., 2003) والتي كانت بهدف دراسة أثار التدخل لمجموعة الــدعم – التعبيريــة علــى التكيــف النفــسي الاجتماعي طويل الأمد لمرضى فقدان المناعة المكتسبة من الشواذ جنسياً. وأن كلتا الحالتين التي استخدمت في البرنامج أظهرت نتائج للتكيف أو الدعم الاجتماعي ضمن 4 مراحل تحليل خلال

(15 شهر). وأن كلا الأسلوبين العلاجيين قد ساهم في الحد من الشعور بالإحباط مـــع مـــرور الوقت.

واتفقت ايضا الدراسة مع الدراسة التي قام كاين وكوهرن وكوينلان ولاتيمير وسشوارتز (Cain, Kohrn, Quinlan ,Latimer & Schwartz, 1986) على مرضى السرطان والتي أثبتت أثرها بعد ستة أشهر من البرنامج.

وأتفقت مع دراسة أبو جربوع (2005) والتي هدفت إلى تخفيـــف وصـــمة الـــشعور بالمرض النفسي المرتبط بالعلاج النفسي، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فـــروق ذات دلالـــة احصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقـــين البعـــدي والتتبعي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالاجابة عن السؤال الرابع: **ما مدى انتشار وصمة المرض النفسي عند مرضى الاكتئاب؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالاجابة عن السؤال الرابع ان مدى انتشار وصمة المرض النفسي بلغت 72% ، وأن أبرزها كان للبعد التمييزي وبدرجة مرتفعة بلغت 80% بين مرضى الاكتئاب، ويعود السبب في ذلك إلى ادراك المريض لعدم فهم الناس لطبيعة هذه الامراض والتمييز بين المرض النفسي وبين الامراض الاخرى في المعاملة والسلوك والنظرة الاجتماعية، بينما جاءت مجالات (البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد الديني) بدرجة متوسطة، ويعود السبب في ذلك إلى شعور المريض تجاه نفسه يكون أخف عبء من ادراك شعور الآخرين تجاهه، وأن المريض يشعر بالإحراج والضيق والخجل والعار تجاه نفسه أكثر شيء عند اخبار أحد أنه يتناول أدوية نفسية، وأنه يشعر بالاحباط نتيجة لكيفية تعامل الناس معه المبني على فهم خاطئ وشعور مبطن، ينعكس بشعور تمييزي تجاهه كمريض نفسي.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كيلي وجورم (Kelly& Jorm ,2007)، والتي هدفت إلى إطلاع القارئ على الأبحاث الحديثة حول المواقف الموصومة تجاه المرضى الذين يعانوا من اضطرابات المزاج ووصف بعض التداخلات العلاجية حول هذا المجال، حيث أظهرت النتائج أن العامة يشعرون أن مواقفهم محسوسة أكثر تجاه المرضى المكتئبين وأكثر تمييزاً من مواقفهم تجاه الأفراد الآخرين، والأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب شعورهم بالوصمة الذاتية تجاه مرضهم بالاكتئاب أكثر من الشعور بالوصمة من الآخرين بما فيهم المختصين.

وفيما يلي مناقشة نتائج كل مجال على حده:

مناقشة النتائج المتعلقة بالمجال الأول: البعد النفسي:

أظهرت النتائج المتعلقة بالمجال الأول: البعد النفسي، أن أبرز الفقرات "أشعر بالإحراج من أن أخبر أي شخص أني أتناول أدوية نفسية"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص على "أشعر أني السبب في مرضي" وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى ان المريض يعاني ويتحسس من تناول الادوية النفسية، وأن تناول الدواء النفسي بالذات يزيد من شعوره تجاه نفسه بالخجل والخزي والعار، ويزيد الوصمة التي تمييزه بأنه مريض نفسي، والمريض يبقى عنده أمل بداخله أن ما يصيبه فترة ضيق ويجتازها، وأن تناول الدواء قد يؤكد التشخيص النفسي، وأنه مادام لا يتناول أدويه فهو ليس مريض نفسي، والكثير يحمل مفاهيم خاطئة عن الادوية النفسية ويعتقد أنها مخدرات وتسبب الادمان أو أنها تسبب الجنون، أو تزيد من الاعراض، وبالتالي يحاول اخفاء تناوله للأدوية المضادة للاكتئاب حتى عن أقرب الناس له ويتناول العلاج بشكل سري وبالتالي يصبح لديه قلق على مستقبله نتيجة عدم تقبل المجتمع للمريض النفسي الذي يتناول العلاجات مما يؤثر على علاقاته الاجتماعية، حيث أشارت النتائج إلى أن المرضى

الذين يعتمدون على تناول الأدوية يسجلون مستويات عالية من الخوف حول التعرض للوصـــمة الاجتماعية نتيجة للإصابة بالأمراض العقلية.

واتفقت مع الدراسة التي أجراها ستيفين، داينوس، ويش وكيـــنج (Stevens, Dinos, Weich, & King, 2004)، والتي هدفت الى وصف العلاقة بـــين الوصـــمة الناتجـــة عـــن الأمراض العقلية، والتشخيص النفسي، و علاج الوصمة الاجتماعية الذاتية الناتجة عن الأمراض العقلية وتأثيرات الوصمة المرتبطة بالأمراض العقلية على الفرد وصحته النفـــسية الجـــسدية. و أشارت النتائج إلى أن المرضى الذين يعتمدون على تناول الأدوية يسجلون مستويات عالية من الخوف حول التعرض للوصمة.

وتتفق الدراسة مع الدراسة التي قام بها ياب، ريفليو، ماكينون و جورم (2013 , Yap, Reavley, Mackinnon & Jorm)، والتي تؤكد أن وصمة المرض (العار) تشكل عائقا رئيسيا للمساعدة في السعي لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية بين الشباب، حيث أشارت النتائج إلى أن حملات التوعية المجتمعية التي تشجع على اتصال وثيق مع المتضررين أو المصابين بالأمراض النفسية وتحسين دقة استخدام التسمية النفسية، قد يكون لها القدرة على مواجهة الجوانب المختلفة للوصمة والمعتقدات الشخصية باعتبار المرض النفسي ضعف .

واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسة الكندية التي قام بها لازوسكي وكولار وســـتورات وميلف (Lazowski,Koller,Stuart,Milev ,2012)، بهدف وصـف مـــدى معانـــاة الأفـــراد المصابين بمرض الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبية، وتحديد العوامل المرتبطـــة بالوصـــمة وتحديد مدى مصداقية خبرة الوصمة في مجتمع المصابين باضطراب ثنائي القطب، حيث أشارت نتائج الدراسة أن هناك مستويات عالية من خبرة الوصمة ولا تختلف حسب التشخيص.

مناقشة النتائج المتعلقة بالمجال الثاني: البعد الاجتماعي:

أظهرت النتائج المتعلقة بالمجال الثاني: البعد الاجتماعي أن أبرز الفقرات كانت: "أشعر بالإحباط من الطريقة التي يتعامل بها الناس معي" وبدرجة مرتفعة، بينما جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص على "لا أحب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظوا أني مريض نفسياً" وبدرجة متوسطة، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن المريض يعاني من الضيق والخجل والخزي نتيجة شعوره بعدم تقبل المجتمع المحيط للمريض المكتئب، وذلك يعود لعدم معرفة الكثير بماهية المرض النفسي والاكتئاب وقلة المعلومات الصحيحة، مما يشعره بالغضب من ردود فعل الناس تجاه مرضه النفسي، وذكرت احدى المريضات المشتركات أنها كانت تعاني من شعورها الذي تشعره عندما تكون مع صديقاتها بزيارة نسائية، حيث كانت تتضايق من أن صديقاتها يلاحظن تعبها أو عدم ارتياحها مما اضطرها للاعتذار عن الكثير من الزيارات الاجتماعية معهن، أما الآن بعد شهر من تطبيق البرنامج تطلب مع صديقاتها دعوتها للزيارات حتى وهي مرهقة لأنها مكتئبة وتريد أن تخرج نفسها من هذا الوضع.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة داينوس، ستيفين، سيرفاتي، وويش وكينج (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King 2004) ، والتي هدفت إلى وصف العلاقة بين الوصمة الناتجة عن الأمراض العقلية، والتشخيص النفسي، وعلاج الوصمة الاجتماعية الذاتية الناتجة عن الأمراض العقلية، وتأثيرات الوصمة المرتبطة بالأمراض العقلية على الفرد وصحته النفسية والجسدية، حيث أشارت النتائج إلى أن الوصمة الاجتماعية الناتجة عن الإصابة بالمرض العقلي كانت أحدى مصادر القلق الواضحة بالنسبة لجميع المشاركين. وأن المرضى المصابين بالاكتئاب، القلق، الاضطرابات الشخصية كانوا الأكثر تسجيلا للمستويات

من الوصمة الاجتماعية حتى لو لم يكونوا يختبرون أي نوع من التمييز الاجتماعي الناتج عن إصابتهم بالمرض العقلي.

واتفقت هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها لينك ،كاستيل وستبر(Castille , Link ,stuber,2008)، والتي هدفت إلى الكشف عن بعض الطرق والاستراتيجيات المستخدمة في معالجة الوصمة الاجتماعية لدى مجموعة من المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية ويراجعون العيادات الخارجية في أحدى المستشفيات الأمريكية، حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين ارتفاع مستوى الوصمة الاجتماعية الذاتية وبين النظرة نحو الحياة، والشعور بالتمييز الاجتماعي وانخفاض مستوى تقدير الذات والفاعلية الذاتية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالمجال الثالث: البعد التمييزي :

أظهرت النتائج المتعلقة بالمجال الثالث: البعد التمييزي أن أبرز الفقرات كانت: "بصفة عامة الناس لا يوجد عندهم فهم للأمراض النفسية" وبدرجة مرتفعة، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى عدم توفر المعلومات الكافية والصحيحة عن طبيعة المرض النفسي لمعظم الناس مما يؤدي بتكوين صورة خاطئة عن مريض الاكتئاب والمريض النفسي، والى الموروث الثقافي الخاطئ للمجتمعات لفهمهم لطبيعة المرض النفسي، وهذه الصورة يدركها المريض كونه فرد من المجتمع، مما يكون عنده شعور بالضيق والخجل ويزيد الوصمة الذاتية، فالمريض النفسي أكثر ما يجعل عنده شعور بالخجل هوتمييز الآخرين له بسبب مرضه النفسي ، مما يضع عليه علامة فارقة نتيجة عدم الفهم الصحيح للأمراض النفسية، وقد يعود ايضا الى ما تلعبه وسائل الاعلام المرئية وغير المرئية بإظهار صورة المريض المكتئب بانه انهزامي وعالة و قليل الحيلة، وان معظم حالات الانتحار من المكتئبين، وجاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص

على "مرضي النفسي يجعلني مقبول أكثر للآخرين" وبدرجة متوسطة، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن المريض يدرك فعليا أن المرض النفسي لا يجعله مقبول لفهم لطبيعة مجتمعة.

واتفقت الدراسة مع دراسة شيفر، روز، نيلمس، ثورنكروفت، هينديرسون و ايفانس (Shefer,Rose, Nellums, Thornicroft, Henderson & Evans, 2013)، حيث كشفت الدراسة على أن التصورات الثقافية تؤثر على العلاقة مع العائلة وطلب المساعدة من قبل المرضى أو الأفراد المرضى نفسياً ، بحيث يجب أخذها بعين الاعتبار في الإجراءات المتخذة لمحاربة الوصمة ودمج المجتمع مع الصحة النفسية .

واتفقت هذه الدراسة مع الدراسة الإيرانية التي قام بها جانين، نوجومي وجاكومي (Ghanean, Nojomi & Jacobsson, 2011)، بهدف دراسة التجربة الذاتية للمرضى النفسيين ما زالوا تحت العلاج في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ومنها دول إسلامية لقياس وصمة المرض النفسي في الأشخاص المصابين بأمراض عقلية في طهران(إيران)، و النظر في تجربة وصمه العار الداخلية. حيث استخدمت الأسئلة المفتوحة للإجابة عن تجاربهم الشخصية في التمييز من الأخريين لأنهم مرضى نفسيين وكانت النتائج تشير في الارتفاع على المقياس لوصمة العار.

ونتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسة عبد المجيد وربيع وباسم (2011) حيث كشفت الدراسة أن اتجاه العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية تجاه المرضى المصابين بأمراض عقلية ليست أفضل من موقف الجمهور العام على الرغم من الإتصال المستمر مع هذه الفئة من المرضى، وهناك حاجة شديدة لتغيير وجهة النظر للمرضى العقليين و الحد من الوصمة المصاحبة للمرض النفسي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالمجال الرابع: البعد الديني:

أظهرت النتائج المتعلقة بالمجال الرابع: أن البعد الديني جاء بدرجة متوسطة، وبنسبة 72%، وأن أبرز الفقرات كانت "أشعر أن مرضي النفسي جعلني أقرب إلى الله عز وجل" وبدرجة مرتفعة، بينما جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص: "أشعر بالتحسن عندما أذهب للشيوخ لمعالجتي" وبدرجة متوسطة، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن شعور المريض المكتئب واتجاهه نحو ذاته بالعار والخجل والضيق، يجعله يتمسك بالمعتقدات الدينية، حيث يعزو المرض للقضاء والقدر، وأن الله سبحانه وتعالى يبتلي الشخص الذي يحبه ليكتشف صدقه ومعدنه، وبالتالي فأن المعتقدات الدينية تجعل الشخص يشعر بالطمأنينة بأن الله تعالى ابتلاه ليخفف عنه في الدنيا والآخرة مما يجعله أقرب إلى الله في العبادة والطاعة طلبا لمرضاته وابتغاء في الشفاء، فالمريض النفسي المكتئب يعاني بشدة، ويتألم ويصارع أفكارا رغما عنه، ولجوئه الى الخالق يعتبرها من أحدى الطرق التي تخفف عنه معاناته وآلامه، عدا أنه أجر وثواب، وان اصابة الانسان بالاكتئاب لا تعني أنه ضعيف الايمان والمؤمنين يجزون بحسناتهم في الدنيا والآخرة، ويُزاد في بلائهم في الدنيا ليكفر الله عنهم من خطاياهم، واداء الفرائض والعبادات تخفف من ذلك الشعور الداخلي بالضيق والحرج ووسيلة للسكينة وهدوء النفس و وسيلة للحديث الايجابي الذي يدعم المريض داخليا، وترجع الباحثة لعدم وجود دلالة احصائية للبرنامج على البعد الديني إلى تمسك المصابين بالمعتقدات الدينية والتي تعتبر عنصراً هاماً في تحصينهم وتزويدهم بطرق التكيف مع المواقف الضاغطة وخاصة لجوئهم إلى الله عز وجل للتخفيف عنهم وطلب الدعم الروحي. أما تفسير الباحثة لانخفاض استجابة المرضى للذهاب الى الشيوخ بأنه شيء ايجابي جدا يدل على أن هناك بوادر تحولات معرفية ثقافية جيدة في الاردن حول مفهوم المرض النفسي غير عزوه أنه نوع من المس الشيطاني أو السحر.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها (أحمد ،2009)، والتي هدفت إلى معرفة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي في ضوء متغيرات : التدين ، والعمر ، والجنس، والمستوى التعليمي، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري، وكانت النتائج تشير أن مستوى التدين لدى ذوي المرضى النفسين عالي وبنسبة (93.3%) وأنه كلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين كلما زاد اتجاههم الايجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح.

ونتائج هذه الدراسة لا تتفق مع الدراسة السعودية (السايس والناشري، 2009) التي هدفت الى الدراسة لمعرفة اتجاهات المجتمع نحو الأمراض النفسية وأسباب الإحجام عن البحث في العلاج النفسي عند الحاجة إليه، وأشارت النتائج أن (15.8%) من العينة يرجع إلى لجوء كثير من أفراد المجتمع إلى الشيوخ وذلك لاعتقادهم أن المرض النفسي مس شيطاني، وهذا يؤدى إلى التأخر في طلب العلاج النفسي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس: **هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الاكتئاب قبل وبعد تطبيق برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على مستوى الاكتئاب في توزيع الفقرات بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن الاكتئاب مرض نفسي، له اسباب بيوكيميائية (بيولوجية – كيميائية) ووراثية وبيئية، يصيب الجسم والنفس، وهو مرض مزمن يتطلب علاج طويل الأمد كما في التعامل مع مرض ارتفاع ضغط الدم والسكري، وعلاجه لا يعتمد فقط على جلسات ارشادية، فالوصمة في هذه الدراسة هي شعور داخلي ذاتي

وليست حالة مرضية كالاكتئاب، فالمريض المكتئب بحاجة لتناول العلاج لفترة من الزمن حسب العلاج الموصوف، ومع ذلك تؤكد الباحثة لأهمية العلاج المعرفي السلوكي الذي اتبعته في الدراسة وتأثيره على مستوى الاكتئاب، حيث أثبتت معظم الدراسات أن مريض الاكتئاب بحاجة لعلاج معرفي سلوكي مرافق لعلاجه بالأدوية. ولكن هذه النتيجة في الدراسة قد تكون لعدم التزام المرضى بتناول ادويتهم التي لها التأثير المباشر على مستوى الاكتئاب، وقد تعزو الباحثة هذه النتيجة ايضا لتطبيق البرنامج لمره واحدة، فالبرامج التي تركز على علاج تأهيلي لمرضى الاكتئاب تستمر لمدة أشهر وتكرر حسب المجموعة، وايضا قد تعزو الباحثة أن مثل هذه البرامج الحديثة (مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي) بحاجة لجهود مكثفة ومن تخصصات عدة ليحقق البرنامج هدفة في تقليل مستوى الاكتئاب عدا عن التكلفة المادية للقيام بمثل هذه البرامج وهذا تؤكده الدراسة الحالية بتكلفتها. ويؤكد ذلك أيضا الدراسة التي اجراها لبيركمان وآخرون (Berkman et al.,2003) حيث اجراها مع مجموعة من المتخصصين وكذلك دراسة فانغ ين وزملاءه (Fang Yen et al,2005).

ولا تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة فانغ ين وزملاءه (Fang Yen et al,2005) والتي هدفت إلى تقيم وصمة العار الذاتية للمرضى المراجعين في العيادات الخارجية التايوانية الذين يعانون من الاكتئاب ودراسة العوامل المرتبطة بالوصمة الذاتية، حيث أكدت على أن المرضى الذين يتعرضون لبرامج الدعم الاجتماعي للتخفيف من الوصمة لديهم توجه أكبر في الالتزام بالعلاج، وبالتالي هذا يخفف من درجة الاكتئاب لديهم.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السادس: **هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على مقياس الوصمة تعود للمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية)؟**

أظهرت النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السادس وجود فروق ذات دلالة احصائية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب تبعا لمتغير الحالة الإجتماعية ولصالح الفئة "مطلق"، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى زيادة العبء النفسي لدى الأفراد المطلقين والذين يعانون من مشاكل اجتماعية ساهمت بشكل واضح في زيادة وصمة المرض النفسي، علما بانهم يعانون وصمة الطلاق و يعانون من عدم القبول الإجتماعي لمجرد معرفة المحيط الإجتماعي بأنه مريض نفسي يعاني من الاكتئاب، مما يؤدي إلى زيادة حساسيتهم لوضعهم و زيادة الشعور بالوصمة وبالتالي زيادة الضيق والخزي وربما زيادة الاكتئاب.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة وانغ وفيك واديـر ولاي (Wang., 2007 Fick., Adair& Lai) التي هدفت الى تحديد ديموغرافية الجنس (نوع) والمعرفة والعوامل المرتبطة بوصمة العار المتعلقة بالاكتئاب، حيث أظهرت النتائج أن تأييد الأسرة و الأصدقاء أفضل مساعدة لعلاج الاكتئاب وكان مرتبطا كأفضل مساعدة لعلاج الاكتئاب بشكل ايجابي مع علامات وصمة العار .

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في وصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب على المقياس ككل تعزى لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي، الحالة الاقتصادية)، وهذا يدل على أن الشعور بالوصمة لدى جميع هذه الفئات متقارب

نتيجة النظرة الاجتماعية التي تكاد تكون متشابهة عند جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن جنس الفرد او حالة الاقتصادية أو عمره أو مستواه التعليمي.

ولا تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة قام بها (أحمد ،2009)، والتي هدفت إلى معرفة اتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي في ضوء متغيرات: الجنس، والمستوى التعليمي، ودخل الأسرة الشهري، وكشفت نتائج الدراسة أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إعدادي فأقل، كذلك تبين أن الأفراد الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة علمية من ثانوية عامة فأقل، وأن الأفراد الذين مستوى دخل أسرهم يتراوح بين (1201 شيكل)حتى (2500 شيكل) لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستوى دخل أسرهم أقل من (1200 شيكل) وتتفق بالدراسة مع بند عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تبعاً للمتغير الجنس.

ولا تتفق النتيجة مع الدراسة لكوك و وانغ (Cook & Wang 2010)، حيث اشارت النتائج لاختلافات كبيرة في المواقف تجاه الوصمة حسب الجنس والعمر والتعليم، وأنه نسب الوصمة للرجال بالإصابة على كل بند من بنود الاستبيان اكثر من النساء, ولا يوجد اتجاه ثابت للسن (العمر) تجاه الوصمة ضد الاكتئاب، وأن المشاركون ذوي مستويات التعليم الأعلى يواجهون مستويات وصمة أقل من تلك التي وصم بها الأقل تعليما، وكانت النتائج تشير إلى أن وصم المواقف تجاه الاكتئاب تختلف حسب الخصائص الديمغرافية.

وأظهرت النتائج المتعلقة بالبعد النفسي وجود فروق ظاهرية تعزى لمتغير المستوى التعليمي وكانت الفروق لصالح بكالوريوس، ويعود السبب في ذلك إلى ان الأفراد في مستوى

البكالوريوس يكون شعورهم ناضج ومسؤول، كما ان فئة البكالوريوس تعزي أسباب وضعهم وشعورهم في كثير من الاحيان الى المشكلات التي يواجونها، وإلى مرضهم وشعورهم تجاه المجتمع وليس إلى أسباب أخرى مثل تدني مستواهم التعليمي.

وأظهرت النتائج المتعلقة بالأبعاد الأخرى (الإجتماعي، التمييزي، الديني) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تبعا لمتغيرات (جنس المريض، عمر المريض، المستوى التعليمي،الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية) وهذا يدل على تقارب اتجاهات المصابين نحو الشعور بوصمة المرض النفسي في الأبعاد الاجتماعية والتمييزية والروحية بغض النظر عن متغيراتهم الشخصية، وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى النظرة السلبية من قبل المجتمع نحو المصابين بالاكتئاب بغض النظر عن حالتهم الاقتصادية او جنسهم أو مستواهم التعليمي أوعمرهم.

كما واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الأنصاري وآخرون Ansari et al,2008) ، والتي هدفت إلى دراسة المفاهيم السكانية والاجتماعية وعلاقتها وارتباطها بالمرض النفسي، حيث أشارت النتائج بأن الوصمة موجودة بكل طبقات المجتمع وأن 27% من مجتمع الدراسة يعاني من وصمة المرض النفسي، واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة هذه الدراسة من حيث الفروق على الجنس وكانت لصالح الذكور في هذه الدراسة، و جزء من الأشخاص غير المتعلمين عندهم شعور بالوصمة فالمستوى التعليمي يلعب دور بزيادة الوصمة في مجتمع العينة، حيث وجد أنها تزداد مع المستوى التعليمي.

وفي ضوء ما سبق ترى الباحثة إن الوصمة تعني علامة خزي وحرج وعار أو رفض مبطن تلتصق بالأفراد تسبب التمييز النفسي والاجتماعي والمضايقة للأفراد المصابين،، وتؤثر على فعالية المريض وأداءه الشخصي والاجتماعي والمهني والدراسي.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة السابقة توصي الباحثة بالتوصيات التالية:

1. عمل دراسات معتمدة على برنامج محلي وطني يحارب وصمة المرض النفسي في الأردن، تشترك فيه جميع الجهات المعنية من الجامعات والمدارس و وسائل الإعلام المرئية وغير المرئية، لمكافحة الوصمة ولزيادة الوعي بطبيعة الأمراض النفسية وتحسين نظرة المجتمع لها، ودعم الدراسات التي تتناول موضوع الوصمة.
2. تشجيع المرشدين على البحوث التجريبية التي تتناول برامج علمية، والعمل على تفعيل دور المرشد النفسي وبصورة عملية في جميع المستشفيات والقطاعات الصحية النفسية.
3. اجراء المزيد من الدراسات معتمدة على برامج الدعم النفسي الاجتماعي، وعمل برامج محلية وأقليمية مكونة من مجموعات دعم نفسية اجتماعية، لمواجهة الظروف والأزمات التي تمر بها المنطقة، وتأهيل المرشدين النفسيين بعمل دورات تدريبية لهم للقيام بمثل هذه البرامج بمختلف أنواعها.
4. عمل حملات توعوية وتثقيفية للمرضى النفسيين لمعرفة حقوقهم الانسانية والاجتماعية والقانونية، واشراكهم في تصميم وتقييم وتنفيذ البرامج المصممة لمكافحة الوصمة.
5. التعاون مع هيئات اقليمية ودولية لتمويل مثل هذه البرامج المهمة على المستوى المحلي والدولي، وتمويل الأبحاث النفسية التجريبية التي تخدم الأنسان.
6. توصي الباحثة بعمل المزيد من الابحاث التجريبية النفسية التي تستهدف المرضى النفسيين وتخدمهم وتتناول متغيرات متعدده.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

إبراهيم، عبد الستار. (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*.الكويت:المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

أبو جربوع، علاء الدين. (2005). *مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي*. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

أحمد، إسماعيل. (2009). *الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى*. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

إسماعيل، عزت. (1990). *اكتئاب النفس وأعراضه، أنماطه، أسبابه، علاجه*. الكويت: وكالة المطبوعات.

الأغا، إحسان. (1997) . تصميم *البحث التربوي*، فلسطين: مطبعة الرنتيسي.

بركات، أسيا. (2000). *العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف*.رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

بيك، أرون وستير، روبرت. (1996). *دليل تعليمات "بيك" للاكتئاب*(أحمد عبد الخالق مترجم) (الطبعة الأولى). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. (تاريخ النشر الأصلي،1961).

جبل، فوزي. (2000). *الصحة النفسية* وسيكولوجية *الشخصية*. الاسكندرية :المكتبة الجامعية.

جرادات، عبد الكريم.(2012). انتشار الاكتئاب لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الاردن، مجلة جامعة *الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية* ،*9*(1)،177-197.

جلال، سعد. (1986). في *الصحة العقلية (الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية)*. القاهرة: دار الفكر العربي.

جمعة، أمجد. (2005). مدى فعالية *برنامج ارشادي مقترح في السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الاعدادية*. رسالة ماجستير غير منشوره. الجامعة الإسلامية ،غزة.

جمعية الهلال الاحمر العراقية. (2011). *الدعم النفسي*. استرجعت في 1 تموز 2013 من المصدر http://ircs.org.iq.

الحسين، أسماء. (2002). *المدخل الميسر الى الصحة النفسية والعلاج النفسي* (الطبعة الأولى). الرياض: دار عالم الكتب.

حسين، طه. (2004). *الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا* (الطبعة الأولى). عمان: دار الفكر.

الحفني، عبد المنعم. (1992). موسوعة *الطب النفسي* (الطبعة الأولى).القاهرة :مكتبة مدبولي.

حمدي، نزيه و أبو حجلة، نظام وأبو طالب، صابر. (1988). البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب، *دراسات.15* (1)، 40-30.

حمودة، محمود. (2004). *الطب النفسي- أمراض النفس*. القاهره.

الخطيب، جمال و سرحان، وليد وحباشنه، محمد. (2001). *الاكتئاب* (الطبعة الأولى).عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

خليفة، عبد اللطيف. (1987). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي. *مجلة علم النفس*، *1*(١)، 95-96.

الدعاسين، خالد. (2004). *الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية في البيئة الأردنية*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2001). *الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع للاضطرابات النفسية*(السماك، أمينة ومصطفى، عادل،مترجم)(الطبعة الأولى). الكويت:مكتبة المنار الاسلامية.

زهران، حامد. (1978). *الصحة النفسي والعلاج النفسي* (الطبعة الثانية). القاهرة: عالم الكتب.

الزيتاوي، عبد الله. (1999). *العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك،الأردن.

السايس، آمال و الناشري، طلال. (2009). دراسة عن الوصمة الاجتماعية في الأمراض النفسية، *مجلة العلوم الاجتماعية*، استرجعت 2 من تشرين الأول 2012 من المصدر http://swmsa.net//favicon.ico .

الشاوي ، رعد. (2006). *نماذج تطبيقية للتعامل مع أسر اللاجئين*. الانروا - جامعة الينويا الجنوبية، الولايات المتحدة الأمريكية .

الشرنيبي، لطفي. (2001). *مشكلات الشيخوخة ورعاية المسنين*. ورشة العمل علي هامش جلسات المؤتمر أثناء انعقاده في فبراير

الشربيني، لطفي. (2003). *الطب النفسي ومشكلات الحياة* (الطبعة الأولى). لبنان، بيروت: دار النهضة العربية.

شقير، زينب. (2000). *علم النفس العيادي الإكلينيكي*. القاهرة : النهضة المصرية.

عبد المجيد، مروى وربيع، منان وباسم، رشا. (2011). الوصمة و الاتجاه نحو المرضى العقليين لدى عينة من العاملين الغير طبيين الذين يعملون في مستشفيات الأمراض النفسية - دراسة عبر الثقافات، *المجلة العربية للطب النفسي*، *22*(1) ،55-64.

عبد الرحمن، سعد.(1998). *القياس النفسي النظرية والتطبيق*(الطبعة الثالثة). القاهرة: دار الفكر العربي.

العبيدي، محمد. (2004). مشكلات *الصحة النفسية أمراضها وعلاجها* (الطبعة الأولى). عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عفيفي، عبدالحكيم. (1989). *الاكتئاب والانتحار* (الطبعة الأولى). لبنان: الدار المصرية.

عكاشة، احمد. (1992). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عكاشة، أحمد.(1998). *الطب النفسي المعاصر*(طبعة مزيدة منقحة). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عكاشة.أحمد وعكاشة. طارق. (2009) . *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عياد، هاني. (2007). *التداعيات الاجتماعية للوصمة الجنائية، دراسة ميدانية للمعوقات الاجتماعية التي تواجه المفرج عنهم من المؤسسات العقابية بمحافظة الغربية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا. جمهورية مصر العربية.

الغانمي، عبد الأمير. (2001). الوصمة والاضطرابات العقلية. *المجلة العربية للطب النفسي*،*12*(2)، 76–80.

الكحيمي، وجدان وحمام، فادية ومصطفى، علي. (2003). *الصحة النفسية للطفل والمراهق* (الطبعة الأولى). الرياض: مكتبة الرشد ناشرون.

ماكلين. ليز. (2003). *الاكتئاب(أحمد رمو،مترجم)* (الطبعة الأولى). دمشق: منشورات دار علاء الدين.

مجمع اللغة العربية. (2004). المعجم الوسيط (الطبعة الرابعة). مكتبة الشروق الدولية.

المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطـوارئ. (2011). *الصحة النفسية والدعم والنفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ: ما الذي ينبغي أن يعرفه العاملون في مجال العون الصحي الإنساني*، جنيف.

المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. (2010). *الصحة النفسية والدعم والنفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ: ما الذي ينبغي أن يعرفه العاملون في مجال العون الصحي الإنساني*، جنيف.

المدني، عادل و إسماعيل، علي. (2010). *الطب النفسي*، مطبعة الرحمة.

منظمة الصحة العالمية. (1999). *المرشد في الطب النفسي*. الإسكندرية: أكاديميا.

منظمة الصحة العالمية. (2011). *الدورة الثلاثون بعد المئة البند 6-2 من جـدول الأعمـال*، كانون الأول.

منظمة الصحة العالمية. (2005). *الكتاب المرجعي لمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية، وحقوق الانسان. والتشريع*. جنيف: المكتبة الطبية الوطنية.

النايف، الحسين محمد. (2005). *العلاج بالسيكودراما*. استرجع في 24 آب 2013 من المصدر https://fbstatic-a.akamaihd.net/rsrc.

النمرات، عروب. (2002). *العلاقة بين استخدام الانترنت والاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعتي اليرموك والعلوم والتكنولوجيا الأردنية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، الأردن.

المراجع الأجنبية:

Abdullah,T.,& Brown,T. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *ELSEVIER 31*(6),934–948.

Acha, J., Sweetland, A., Guerra, D., Chalco,K., Castillo,H., & Palacios,E. (2007). Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience . *Global Public Health, 2*(4), 404-417.

Allden,K., Jones,L., Weissbecker,I., Wessells,M., Bolton,P., Betancourt,T.S., et al..(2009). Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: Report of the mental health working group, *Prehospital and Disaster Medicine, 24*(2),217-277 .

Alsherbiny,L., & Qurishi, G. (1994). Physicians' attitudes to psychiatry. Saudi Med. J. Retrieved August, 10, 2012 From http://www.alnafsany.com/toppage111.htm.

American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder,* (Fourth Edition). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder,* text revision (4th ed). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2004). Public attitudes to people with depression: Have there been any changes over the last decade? *J Affect Disord, 83*(2-3),82-177.

Angermeyer, M., & Schomerus, G. (2012). A stigma perspective on recovery, *World Psychiatry, 11*(3), 163- 165.

Ansari,M.,Rahman,R., Siddiqui,A., Jabeen,R., Qureshi ,N.,& Sheikh,A. (2008). Socio-demographic Correlates of stigma attached to mental illness, *JLUMHS,7*(3), 199-203 .

ARCModF7 Study Material. (2009). *Foundation module 7 Psychosocial support* Retrieved December, 12, 2012 from, http://www.arconline.

Bandura, A. (1997). *Self- efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Beck, A. (1997). Cognitive therapies: Essential papers psychoanalysis, Newyork:U.S.A University Press.

Beck, A.T., Rush, A.T., Shaw, B.F., & Emry, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford press.

Berkman, L., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R., Catellier, D., Cowan, M., et al. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD) randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 289*(23), 3106-3116.

Brakel, W. (2008). *Recent evidence and insights into leprosy-related stigma*. Retrieved November,10,2012from http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/ILEP_Technical_Forum.

Cain, E., Kohrn, E., Quinlan, D., Latimer, K ., & Schwartz, P. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group, *Cancer*,*57*(1),9-183.

Cameron , L., Booth, R., Schltter , M., Ziginskas, D., Harman, J., Benson, F., & Stephen, R. (2005). Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer, *Psychosomatic Medicine, 67*(4), 584–589 .

Champion, A. (1992). *Adult psychological problems: An introduction*. London: The Falmer Press.

Cook, T., & Wang, J.(2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BioMed Central Psychiatry. 10*(29).

Corrigan, P.(2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.

Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work, 52*(1), 31–39.

Dalky, H. (2012) Perception and coping with stigma of mental illness: Arab families' perspectives. *Issue Ment Health Nurs* ,33(7),91- 486.

Dinos, S., Stevens , S., Serfaty, M., Weich , S., & King, M.(2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 184*(2), 176-181.

Falk, G.(2001). *Stigma: How we treat outsiders*. Amherst, New York: Prometheus Books .

Fang Yen, C., Chen, C., Lee, Y., Tang, T., Yen, J., & Ko, C. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders , *Psychiatric Services*, *56*(5), 599-601.

Ghanean, H., Nojomi, M., & Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action, 1*(1), 11– 17.

Gove, W. (1982). The current status of the labelling theory of mental illness. In W. R,Gove (Ed.), Deviance and mental illness (273–300). Beverly Hills: Sage Publications.

Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.

Hobson, H. (2008). *The effects of mental health education on reducing stigma and increasing positive attitudes Toward Seeking Therapy.* Published master Thesis, Humboldt State University .

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.

Ismayilova, L., Hamoud, O., Alkhasawnh, E., & El-Bassel, N. (2013). Depressive symptoms among Jordanian youth: Results of a national survey. *Community Mental Health Journal, 49*(1), 133-140.

Karamustafalioğlu, O. (2010). Major depressive disorder, mental health care, and the use of guidelines in the Middle East. *J Clin Psychiatry*, *71*(1), 07.

Kelly, C.M., & Jorm, A.F. (2007). Stigma and mood disorders. *Curr Opin Psychiatry, 20*(1), 6-13 .

Kindergarten Community College. (2001). *The Iowa comprehensive counseling and guidance program development guide.Iowa.* Retrieved July, 12, 2013 from http://www.schoolcounselor.org

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stenens, S., Passetti, F.,et al. (2007). The stigma scale: Development of a standardized measure *of the stigma of mental illness. British Journal of Psychiatry, 190* (10), 248-254 .

Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H., & Milev, R. (2012). Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: A cross-sectional study. *Depresstion Resserch Treatment*, 9.

Lindsey, M.A., Joe, S., & Nebbitt, V . (2010). Family Matters: The role of mental health stigma and social support on depressive symptoms and subsequent help seeking among African American boys. *J Black Psycho, 36*(4), 458-482.

Link, B., Castille, D.M., & Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science & Medicine, 67* (3) , 409- 419.

Martin, J., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma. *Elsevier*, *67*(3), 431–440.

Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan P.W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.

National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre*,Camperdown, NSW.

Nemade, R., Reiss, N.S., & Dombeck, M. (2007). *Psychology of depression: Behavioral theories.* Retrieved 6 of june 2013 from http://www.mentalhelp. net

Nicole van , M. (2003). Psychosocial group interventions in diabetes care, *Diabetes Spectrum*, *16* (2), 88-95.

Sato, S., Ikebuchi, E., Anzai, N., & Inoue, S. (2012). Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: Randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(6), 474- 481.

Sartoriu, N., Gaebel, W., Cleveland, H., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-flórez., et al. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists, *World Psychiatry, 9* (3), 131- 144.

Shefer, G., Rose, D., Nellums, L., Thornicroft, G., Henderson, C., & Evans-Lacko, S. (2013). Relationships with family and help-seeking in three ethnic communities in London. *Int J Soc Psychiatry, 59*(6), 535-544.

Sims, A. (1992). The scare that is more than skin deep: The stigma of depression. *British Journal of General Practice, 43*(366), 30-31.

Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopouos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., & Meyers, B.S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services,* 52(12), 1615-1620.

South Carolina Department of Education. (1999). *The South Carolina comprehensive developmental guidance and counseling program model,* Columbia, South Carolina.

Stetka, B. S., & Correll , C. U. (2013). A Guide to DSM-5, *Medscape Psychiatry,* Retrieved July, 25, 2013 from http://www.medscape.com/viewarticle.

Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry, 7*(3), 185–188.

The International Federation's Global (2006–2010) Agenda. *Psychosocial interventions A handbook.* Geneva.

Thornicroft,G., & Tansella,M. (2009*). Better mental health care.* University Press, New York: Cambridge.

Uitterhaegen, B. (2005). Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; A program by and for refugees. *Intervention, 3*(2), 141–147.

Vega ,W.A. , Rodriguez ,M. A., & Ang, A.(2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *Elsevier,32*(2),182-191.

Wang, J., Fick, G., Adair, C., & Lai , D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders, 103*(1-3), 91-97.

Watson, A.C. , Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin ,33*(6), 1312-1318.

Weiss, J.L., Mulder, C.L., Antoni, M.H., de Vroome, E.M.M., Garssen, B., & Goodkin, K. (2003). Effects of a supportive-expressive group intervention on long-term psychosocial adjustment in HIV-infected gay men. *Psychother Psychosom,* 72(3), 132–140.

Wischmann, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility – A critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(2), 83–90.

Wolpert, L. (2001). Stigma of depression : A personal view . *British Medical Bulletin,* 57(1), 221-224.

World Health Organization. (2012). Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment,Geneva. Retrieved July 2,2013 from http://www.who. int/entity/mediacentre/news/notes.

Yap, M.B., Reavley, N., Mackinnon, A.J., & Jorm, A.F. (2013). Psychiatric labels and other influences on young people's stigmatizing attitudes: Findings from an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders, 148*(2), 299-309.

ملحق (أ)

استبيان مقياس وصمة المرض النفسي



عزيزتي المراجعة / عزيزي المراجع:

تهدف هذه الدراسة لقياس أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب. وهي دراسة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة اليرموك قسم علم النفس الإرشادي.

تعرف الباحثة وصمة المرض النفسي إجرائيا : بأنها الشعور النابع مـن الـشخص نفـسه واتجاهه لذاته بالخجل والشعور بالضيق والتمييز لوجود تشخيص نفسي على جميـع الأصـعدة الاجتماعية والنفسية والمهنية. وتقيسه بالمقياس الذي قامت بإعداده وتحكيمه .

وتعرف الباحثة مجموعة دعم إجرائيا:

مجموعة من التخصصات المختلفة لتقديم المساعدة للمرضى النفسيين للوصول للصحة النفسية المطلوبة .

نفسي اجتماعي تعرفه إجرائيا:

التفاعل بين الخدمات الاجتماعية والنفسية لتقديم الخدمة المطلوبة. وتقيسه بأثر البرنامج.

أرجو من حضرتكم الإجابة على فقرات الاستبانة والشكر لتعاونكم والإجابة عليها بصدق.

علما أن الإجابات والمعلومات سوف تعامل بسرية تامة وذلك لغايات البحث العلمي.

إرشادات:

تتضمن هذه القائمة مجموعة من العبارات تصف مشاعرك الذاتية وأحاسيسك. أرجو القيام بقراءة كل عبارة واختيار العبارة المناسبة على مقياس ليكرت الرباعي التي تقيس شعورك: موافق بشدة، موافق، غير موافق وغير موافق بشدة, بني هذا المقياس ليقيس الوصمة الذاتية بأبعاد أربعة : البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد التمييزي والبعد الديني.

البيانات الديموغرافية:

الجنس : أنثى ( ) ذكر ( )

العمر: ( ) (18- 30 سنة) . (30- 40 سنة). (40- 50 سنة).

(50- 60 سنة).

المستوى التعليمي : ( ) ثانوية فما دون ( ) دبلوم ( ) بكالوريوس ( ) دراسات عليا.

الحالة الاقتصادية :

100- 300 ( ) 300- 500 ( )

500- 800 ( ) 800 فما فوق (

الحالة الاجتماعية : أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( ).

البعد النفسي

	موافق بشدة	موافق	غير موافق	غير موافق بشدة
أشعر أني السبب في مرضي				
أشعر بالخجل كوني مريضا نفسيا				
أشعر بالخجل عندما أكون مع أشخاص لا يعانون من مشاكل نفسية				
أشعر بالقلق تجاه مستقبلي				
أشعر بالخجل من أن أخبر أي شخص أني مريض نفسي				
أشعر بالإحراج من أن أخبر أي شخص أني أتناول أدوية نفسية				
تشخيصي بأني مريض نفسيا يؤثر على فرصي الاجتماعية والوظيفية				
أشعر بأني عديم الفائدة بسبب إصابتي بمرض نفسي				
أشعر أني إنسان ضعيف ولا أستطيع أخذ القرارات وحدي				
أشعر أن الناس الذين لا يعانون من أمراض نفسية لا يفهموني				
أشعر أن الناس يتجنبوني لمجرد أن يعلموا أني أعاني من مرض نفسي				

البعد الاجتماعي

أشعر بالإحباط من الطريقة التي يتعامل بها الناس معي				
أتحدث بصراحة مع أفراد عائلتي عن مرضي النفسي				
يجعلني الآخرون أشعر بالخجل لوجود مرض نفسي				
أشعر بأني شخص غير مرحب به عند الأصدقاء والأقارب				
الناس تعرف أن الشخص مريض نفسيا من ملامح وجهه				
لا أحب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظوا أني مريض نفسيا				
لا أحب الانخراط بالعلاقات الاجتماعية حتى لا ألفت النظر إلي				
أبتعد عن المواقف الاجتماعية حتى أحمي نفسي وعائلتي من الإحراج				
أشعر بالغضب من ردود فعل الناس تجاه مرضي النفسي				
التواجد مع الناس الأصحاء يجعلني أشعر بالغربة والرفض				
أشعر بوجود علامة اجتماعية علي بسبب مرضي				
النظرة السلبية تجاه المرض النفسي تجعلني أنعزل عن الحياة الطبيعية				

البعد التمييزي

بصفة عامة الناس لا يوجد عندهم فهم للأمراض النفسية				
يعتقد الناس بأن من يراجع العيادة النفسية مصاب بالجنون				
مرضي النفسي يجعلني مقبول أكثر للآخرين				
أشعر أنه لا يوجد عندي فرص في الحياة مثل غيري بسبب مشاكلي النفسية				
إذا رغبت بالزواج سوف أرفض لوجود مرض نفسي عندي				
الناس يميزون بالمعاملة لمجرد أن يعلموا أني مريض نفسيا				
الناس تخاف من المرضى النفسيين وتعتبرهم خطرين				
الناس تعتبر المرض النفسي مرض مثل أي مرض جسدي أو عضوي				
أنا مثل أي شخص آخر حتى وأنا مريض نفسيا				
أعتقد أن فرصي بالعمل قليلة أذا أخبرتهم أني مريض نفسي				
أشعر أن الاهتمام بالمرض النفسي لا يأخذ حقه في القطاع الصحي مثل الأمراض الأخرى				

البعد الديني

أشعر أن مرضي النفسي جعلني أقرب إلى الله عز وجل				
أعتقد أن المرض النفسي نوع من أنواع العقاب الإلهي				
ألجأ إلى قراءة القرآن والى الصلاة عندما أتضايق				
أعتقد أنه إذا أكثرت من الفرائض والواجبات الدينية أشفى بسرعة				
أشعر بالارتياح عند سماع الدروس الدينية التي تتحدث عن المصائب ومصاعب الآخرين				
أشعر بالتحسن عندما أذهب للشيوخ لمعالجتي				
أشعر أن مرضي نوع من أنواع الجهاد				

ملحق (ب)

مقياس بيك للاكتئاب



مقياس بيك للاكتئاب

تتضمن هذه القائمة مجموعة من الجمل تصف مشاعرك وأحاسيسك في نواحي متعددة ، يرجى القيام بقراءة كل مجموعة من الجمل واختيار جملة واحدة منها تعطي أدق وصف لحالتك النفسية وللشعور السائد لديك خلال السبعة أيام الماضية بما فيها هذا اليوم وبعد أن تحدد الجملة التي تصف مشاعرك ، ضع دائرة حول الرقم الذي يسبقها، أما إذا وجدت في مجموعة ما أن هنالك عدة جمل تنطبق بصورة متساوية على حالتك فضع دائرة حول رقم جملة واحدة منها فقط ترجع أنها الأكثر انطباقا على حالتك .

شكرا لتعاونكم مع تأكيد الباحثة أن المعلومات سوف تعامل بسرية تامة ولغايات البحث العلمي فقط، فالرجاء الإجابة على البيانات بصدق ودقة.

شكرا لتعاونكم

1. 0 - إنني لا أشعر بالحزن

1 - إنني اشعر بالحزن في بعض الأوقات

2 - اشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور.

3 - إنني اشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.

2. 0 - إنني لست متشائما بشأن المستقبل

1- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل

2- اشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول إليه .

3-أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه، وأن هذا الوضع من غير ممكن تغيره.

3. 0- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام.

1 - أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي.

2 - عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فان كل ما أراه الكثير من الفشل.

3- أشعر بأنني إنسان فاشل فشلا تاما.

4. 0- ما عادت الأشياء تعطيني شعورا بالرضا كما كانت عادة.

1- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.

2- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق.

3- لدي شعور بعدم الرضا والملل من الأشياء.

5. 0 - لا يوجد لدي أي شعور بالذنب .

1- أشعور بالذنب في بعض الأوقات.

2- أشعور بالذنب في معظم الأوقات

3- أشعور بالذنب في كافة الأوقات

6. 0 - لا أشعر بأنني أستحق عقابا من أي نوع

1- أشعر بأنني أستحق العقاب أحيانا.

2- كثير ما أشعر بأنني أستحق العقاب.

3- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك

7. 0 - لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1- أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

2- أشعر أحيانا بأنني أكره نفسي

3- أنني أكره نفسي في كل الأوقات.

8. 0- لا أشعر بأنني أسوأ الآخرين.

1- إنني أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.

2- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.

3- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.

9. 0- لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية.

1- يوجد لدي بعض الأفكار الانتحارية لكني لن أقوم بتنفيذها.

2- أرغب في قتل نفسي.

3- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.

10. 0 - لا أبكي أكثر من المعتاد.

1- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.

2- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.

3- لقد كانت لي القدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.

11. 0 - لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.

1 - أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.

2 - أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام.

3 - أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني.

12. 0 - لا أشعر بأني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين.

1- أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه.

2- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.

3- فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين

13. 0 - أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.

1- أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.

2- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل .

3- لم تعد لدي أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام .

14. 0 - أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة

1- يزعجني الشعور بأنني أبدو كهلا أو غير جذاب.

2- أشعر بأن هنالك تغيرات دائمة طرأـت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.

3- أشعر بأنني أبدو قبيحا

15. 0 - أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.

1- أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدأ العمل في أي شيء.

2- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء.

3- لا أستطيع عمل أو انجاز أي شيء على الإطلاق

16. 0 - أستطيع النوم جيدا كالمعتاد .

1- لا أنام جيدا كالمعتاد.

2- أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين ولا أستطيع العودة إلى النوم.

3- أستيقظ من النوم في ساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانيا للنوم

17. 0 – لا أجد أنني أصبحت أكثر تعبا من المعتاد.

1- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد.

2- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريبا.

3- أنا متعب لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء.

18. 0 – شهيتي للطعام هي كالمعتاد.

1- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي العادة .

2- شهيتي للطعام سيئة جدا هذه الأيام.

3- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام .

19. 0 – لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا أو بقي وزني كما هو.

1- فقدت من وزني حوالي 2 كغم ، إنني أتعمد إنقاص وزني نعم ( ) لا ( ).

2- فقدت من وزني حوالي 4 كغم.

3- فقدت من وزني أكثر من 6 كغم

20. 0 – ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.

1- إنني منزعج بسبب المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية العامة.

2- إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء أخر.

3- إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير بأي شيء آخر.

21. 0 – لم ألاحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.

1 – أصبحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل .

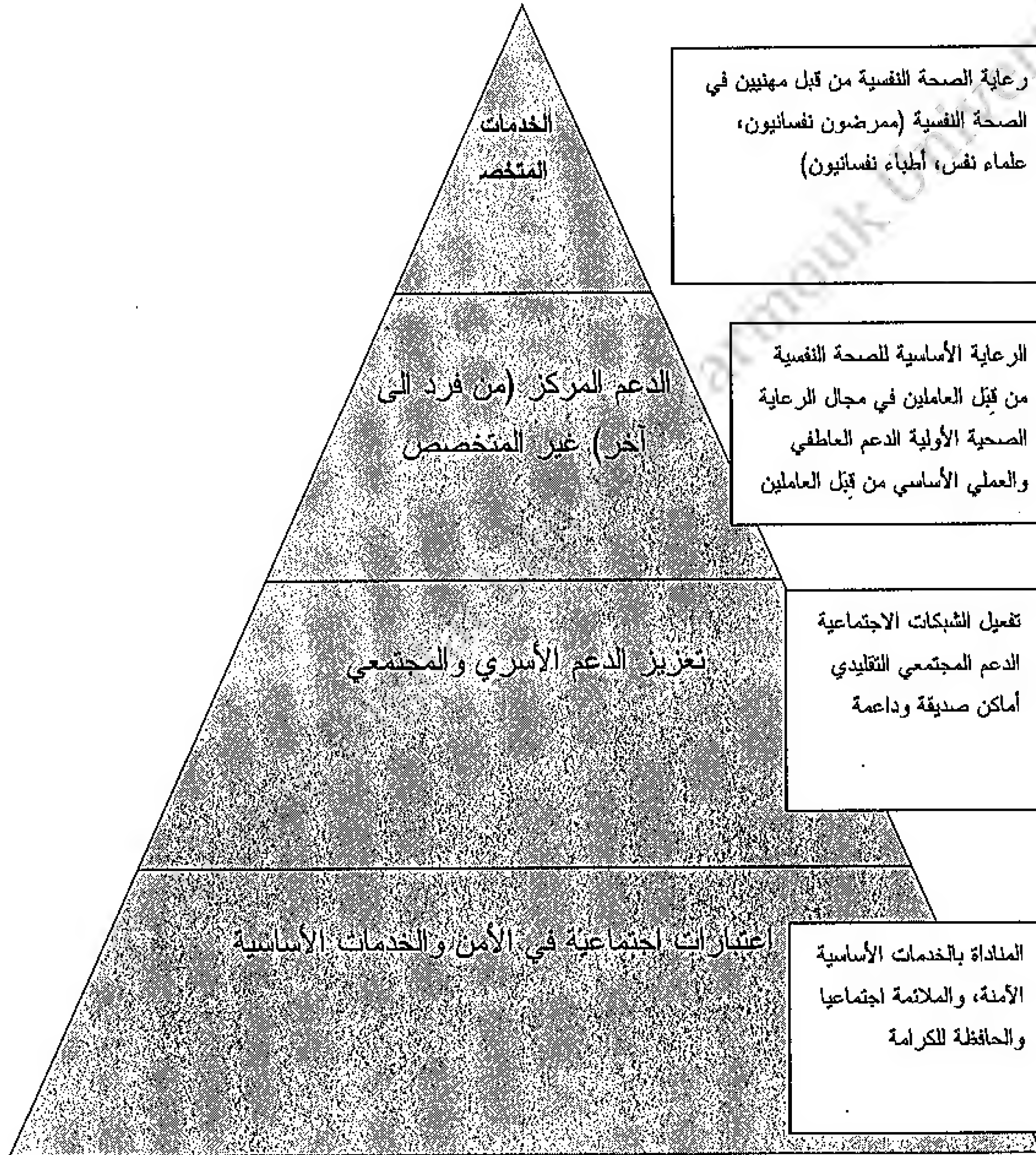
2 – اهتمامي قليل جدا بالأمور الجنسية في هذه الأيام .

3 – فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماماً .

المجموع ( )

ملحق (ت)

هرم التدخلات اللازمة لدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي



المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ" التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2010).

ملحق (ث)

السيكو دراما

هي اسلوب من أساليب العلاج النفسي يصل فيه المرضى الى الاستبصار وتعديل الانماط غير الملائمة للسلوك وذلك من خلال التمثيل التلقائي لموقف في حياتهم، وقد ابتكر هذه الطريقة العالم الامريكي مورينو وأهم ما في هذا الأسلوب هو حرية السلوك وتلقائيته، مما يتيح فرصة التداعي الحر والتنفيس الانفعالي، ويؤدي الى التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم من الخبرة الاجتماعية (جمعة،2005).

وموضوع التمثيلية النفسية تدور دائما حول خبرات : خبرات العميل الماضية أو الحاضرة أو المستقبلية التي يخاف منها و يقوم فيها العميل بتمثيل أدوار، قد تتعلق بالماضي أو بالحاضر أو مواقف حياتية مستقبلية متوقعة في محاولة للحصول على فــهم أكــثر عــمــقاً (استبصار) وتحقيق التفريـــج (التنفيس).

مكونات العلاج بالسيكو دراما (النايف، 2005) :

إن للعلاج السيكو درامي مجموعة من العناصر الأساسية والأدوات والتي بدونها لا يمكن اعتباره علاجا سيكو دراميا، كما يحتوي على عدد من الخطوات المحددة والتي تعطي في النهاية شكلا مميزا لهذا النوع من العلاج، وهي : القائد، الممثلين المساعدات الإضافية والانا و المسرح وجميع هذه الأدوات تقوم على الترابط فيما بينها وتتراكب ككل متكامل للعملية العلاجية والتي من خلالها يمكن مساعده المجموعة التي يقوم عليها العلاج بصورة صحيحة.

خطوات العلاج السيكو درامي : التسخين ، والحدث و التكامل.

التكنيكيات السيكو درامية: تكرار البروفة السلوكية، المكونات الشخصية (مناجاة، الاجزاء المتعددة للذات، الحديث على انفراد، الدو بلاج، قلب الادوار)

ملحق (ج)

طلب موافقة



عزيزي المراجع:

تقوم الطالبة سميرة جميل الحسون بعمل دراسة لقياس وصمة المرض النفسي وذلك بهدف عمل دراسة بحثية لقياس (أثر برنامج مكون من مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل وصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب) من أجل الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي التربوي من جامعة اليرموك.

حيث تعرف الباحثة وصمة المرض النفسي إجرائيا : هي الشعور النابع من الشخص نفسه واتجاهه لذاته بالخجل والشعور بالضيق والتمييز اوجود تشخيص نفسي على جميع الأصعدة الاجتماعية والنفسية والمهنية.وتقيسه بالمقياس الذي سوف يتم بناءه وتحكيمه.

أرجو من حضرتكم مليء االاستبانة ، وإذا رغبت أن يطبق عليك/عليكي البرنامج أخبار الباحثة لأخذ المعلومات ووضعك من ضمن العينة التي يختار منها المشاركين بالبرنامج.

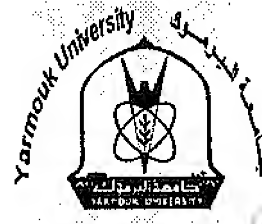
لكم جزيل الشكر لمنحي جزء من وقتكم

الباحثة

سميرة جميل الحسون

ملحق(ح)

ورقة التعاقد الشخصي للمجموعة



أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

ورقة التعاقد الشخصي للمجموعة

أتعهد بالالتزام بمعايير الجماعة الإرشادية لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي وحضور جميع الجلسات الإرشادية حسب الزمان والمكان المتفق عليهما، وأن التزم بالنظام والاحترام المتبادل في المجموعة، وتقبل التغذية الراجعة البناءة والانتقاد حول ما يطرح أثناء الجلسات وأن أقوم بأداء ما يطلب مني من واجبات وأنشطة، وان أحافظ على سرية ما يحدث في الجلسات

وأتعهد بتقديم الدعم الاجتماعي والنفسي لزملائي في الجماعة الإرشادية وعدم ممارسة أي ألفاظ بذيئة أو لا أخلاقية والسعي لتحقيق أهداف البرنامج المنعقد حالياً وهو أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لمرضى الاكتئاب.

اسم العضو ....

اسم المرشد الباحث وتوقيعه...

ملحق (خ)

الإطار العام البرنامج



الإطار العام لبرنامج

مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

- مقدمة
- مفهوم برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي وأهدافه.
- أسلوب تنفيذ برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي .
- آليات تنفيذ جلسات البرنامج.
- جلسات البرنامج.

يختلف المرض النفسي عن غيره من الأمراض التي تصيب الانسان، وذلك لارتباطه بوظائف تحدد الكثير في حياة الإنسان مثل الإدراك، والشعور، والحكم على الأشياء، والتمييز مما يؤثر على فعالية المريض وأداءه الشخصي والاجتماعي والمهني والدراسي، التي مدى تأثيرها يختلف بحسب الاضطراب المصاب به، فالمريض في هذه المرحلة بحاجة لأشخاص متفهمين لطبيعة المرض بدل النظرات المليئة بالتساؤلات والمليئة بالانتقاد والسخرية المبطنة والدونية، وهو بحاجة لمن يأخذ بيده ويشدد عليها ويدله على الطريقة الصحيحة للخروج من أزمته، حيث تتصف هذه المرحلة بالحساسية الزائدة والمشاعر غير المستقرة وخصوصا أن كل البشر معرضين للأمراض بما فيها الأمراض النفسية التي قد تصيب أي شخص منا.

ويعد الاكتئاب مشكلة عالمية تضاف إلى الأزمات الاقتصادية والحروب والكوارث الطبيعية، فبناء على أحدث التقارير الطبية، يصيب الاكتئاب أكثر من 350 مليون شخص من مختلف الأعمار حول العالم، ويحتل المرتبة الرابعة لأهم الأسباب المؤدية إلى الإعاقة والوفاة في سن مبكرة، وتشير أحدث التقارير الطبية التي نشرتها دورية الطب النفسي السريري الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بتصدر منطقة الشرق الأوسط قائمة الاكتئاب، خاصة مع وجود أكثر من 75% من الأفراد في البلدان النامية الذين لا يحصلون على العلاج الكافي لهذا المرض .

وتحاول الباحثة في هذه الدراسة تعديل بعض الأفكار السلبية للمريض النفسي عن المرض النفسي، وما يتصل بها من شعور داخلي للمريض المكتئب متجه لنفسه بالخجل والضيق والتمييز، وذلك من خلال برنامج إرشادي مكون من مجموعة دعم نفسية اجتماعية من النوع التثقيفي للمرضى، يهدف الى تعديل مفاهيمهم وتعريفهم بالأمراض النفسية ومآلها والأدوية واستخداماتها، معتمدة على بعض من فنيات العلاج المعرفي والسلوكي.

وبرامج الدعم النفسي تعتمد على جعل المريض يتأقلم مع المرض أكثر من التعرف على أسبابه وذلك من خلال تعلم مهارات التأقلم، فالأشخاص في مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي يتشاركون بالمعلومات والمعرفة والأفكار والخبرات والمشاعر، ومن خلال اعادة بنائها والتعبير عنها وتفريغها والإنصات لبعضهم ولغيرهم يدعمون أنفسهم والآخرين ويوجهون أنفسهم للمضي قدما في حياتهم.

فالبرامج المبنية بطرق علمية وعملية على الدعم النفسي والاجتماعي والروحي، لها قوة تأثير من خلال التغيير الداخلي للمريض و التحدث عن مشاعره وما يحدث لها، ومن خلال ذلك يطور المريض فهما عاما للمرض الذي يعاني منه، فخبرة الألم والمعاناة والمشاعر تكون مرغوبة بالتحدث عنها، فهؤلاء المرضى الذين يعانون من الشعور بالوصمة الاجتماعية يتعاملون بأسلوب تمييزي و قد يشعرون بالوحدة والانعزال مما يزيد من شدة مرضهم.

والمؤسسات المنظمة التي تتحمل مسؤوليات إنسانية أنتجت مثل هذه البرامج الداعمة للمرضى، لتقليل الشعور بالوحدة والانعزال وكلما شعروا بروح الفريق واجهوا صعوباتهم بسهولة أكثر.

فالفريق الداعم:

- يتشارك في الخبرات والصعوبات والمشاعر.
- يأخذ فهما أفضل للمضاعفات والسلبيات والعلاج وطرق التأقلم.
- يقلل الشعور بالخوف والقلق والذنب والمشاعر السلبية الأخرى

وبرامج الدعم النفسي الاجتماعي تنقسم الى ثلاثة أصناف (Nicole، 2003) :

1. المجموعات التثقيفية (Educational Groups) التي تعتمد علي المعلومات والمعالج وتعليم المهارات للتأقلم مع المرض أيا كان.

2. مجموعات الدعم الاجتماعية العاطفية (Social and Emotional Groups) التي تكون أقل بناء وتستخدم القليل من التخصصات .

3. ومجموعة دعم الأقران (Peer Led Support Groups) وتستخدم مع الأشخاص المصابين عضويا (جسميا).

الإطار النظري للبرنامج:

البرنامج الارشادي:

عرف (Kindergarten Community College, 2001:10) البرنامج الارشادي بأنه تصميم شامل وليس اختيار عشوائي من الخدمات يعتمد على معايير ومقاييس وكفاءات، يقدم ما هو مناسب تنمويا لتعزيز نجاح الفرد شخصياً وأكاديمياً واجتماعياً ومهنياً، وتساعده على اتخاذ القرارات وحل مشاكله.

وتعرفه الباحثة إجرائياً:

البرنامج الارشادي هو تصميم مكون من مجموعة من التخصصات المختلفة هدفها تقديم الخدمة المناسبة لمساعدة المرضى للتغلب على مشاعرهم الداخلية وتعزيز أنفسهم نفسيا وأجتماعيا، يستخدم فيه فنيات ارشادية وأنشطة ويتكون من 14 جلسة ارشادية مدة كل جلسة (60-120) دقيقة.

مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي :

أي شكل من أشكال الدعم الداخلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية الرفاه النفسي الاجتماعي أو تعزيزه، والترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية و حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه (المجموعة المرجعية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ، 3:2010,2011).

وتعرفها الباحثة إجرائياً:

مجموعة من التخصصات المختلفة(طب نفسي، تمريض نفسي، ارشاد نفسي، تعديل سلوكي، تغذية، ووعظ ديني) لتقديم المساعدة للمرضى النفسيين للوصول للصحة النفسية والاجتماعية المطلوبة، وتختار بناء على متخصصين في هذا المجال. والتفاعل بين الخدمات الاجتماعية والنفسية لتقديم الخدمة المطلوبة. وتقيسه بأثر البرنامج.

وتقدم مثل هذه المجموعات الخدمات عن طريق:

- إرشاد فردي
- إرشاد أسري
- إرشاد جماعي

وفي هذه الدراسة استخدمت الباحثة الإرشاد الجماعي لتقديم الدعم النفسي الاجتماعي من خلال تقديم الخدمات الداعمة تثقيفيا وشرح مواضيع محددة وهادفة تهم المجموعة المستهدفة (مرضى الاكتئاب)، يتبعها مناقشة.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج الى تقليل الشعور بوصمة المرض النفسي لمرضى الاكتئاب من خلال:

أ- معرفة مدى أثر البرنامج لمجموعة الدعم النفسية الاجتماعية (Psychosocial Support Group) في تقليل الشعور بوصمة المرض النفسي لدى مرضى الاكتئاب.

ب- الهدف الرئيس لمجموعات الدعم النفسية الاجتماعية التثقيفية نقل المعلومات المهمة واللازمة التي تهم المجموعة وتغير معتقدات الوصمة واتجاهاتهم نحو ذاتهم .

ت- مساعدة المريض للعيش باستقلالية والاعتماد على نفسه والثقة بقدراته وأن يكتسب استبصارا أكبر بنفسه ولكل المفاهيم التي تناقش في المجموعة للتكيف مع وصمته الذاتية وتقليلها.

ث- تعليم المريض المهارات الاجتماعية لمساعدته على الاندماج في المجتمع وتحمل المسؤولية الاجتماعية تجاه نفسه وتجاه المجتمع.

ج- عدم شعور المريض بالخجل للإصابة بالاكتئاب كمرض نفسي ومساعدته على الاندماج وتخطي هذا الشعور.

ح- تعليم المرضى مهارات الاسترخاء والتنفس الصحيح والعيش بأسلوب حياة مناسب للتعامل والتأقلم مع المرض.

خ- زيادة مستوى توكيد الذات لدى مريض الاكتئاب للتقليل من مستوى الوصمة الذاتية للمريض.

د- الوصول إلى التوصيات المناسبة لمساعدة مرضى الاكتئاب على تقليل الوصمة لديهم.

ذ- زيادة الوعي للبرامج التي تقدم الخدمات النفسية الاجتماعية وأهميتها.

ر- تأكيد دور جميع التخصصات الطبية و غير الطبية للتوعية العامة ودورها في التثقيف واعطاء المعلومات الصحيحة وتقليل النظرة الخاطئة عن المرض النفسي.

أهداف خاصة:

يركز البرنامج على تزويد مرضى الاكتئاب الذين يعانون من وصمة المرض النفسي بالمعلومات العلمية الكافية التي تساعدهم على مواجهة الحياة والمواقف الضاغطة، والمواقف التي لا يستطيعون التغلب عليها من خلال تعريفهم بالمهارات اللازمة لتخطي شعورهم والتعامل مع مرضهم بطريقة صحيحة وملائمة تضمن لهم نمط حياة ملائم.

أهمية البرنامج:

سيساعد هذا البرنامج من خلال مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي مريض الاكتئاب على مواجهة مرضه وتقليل الآثار السلبية لوصمة المرض النفسي علية من خلال:

- تحديد الاحتياجات الاجتماعية والنفسية لتقديم الخدمة المناسبة للمرضى.
- عدم شعور المريض بالخجل للإصابة بالاكتئاب ومساعدته للاندماج في المجتمع.
- الوصول للدعم الاجتماعي والنفسي للمرضى.
- دعم المرضى بطريقة مناسبة ليتعرفوا على الأمراض النفسية ويتفهموها ويعرفوا مآل الاكتئاب ليتقبلوا المرض ويتخذوا الإجراءات المناسبة لأنفسهم.
- تعديل الأفكار الخاطئة المتأصلة عن المرض النفسي ومحاولة تقليل أثرها السلبي في المشاعر التي تؤدي الى الخجل من الإصابة بمرض نفسي.

- تعليم المرضى مهارات اتخاذ القرارات وتوكيد الذات والاسترخاء للتعامل والتأقلم مـــع المرض.
- دعم المرضى لمواجهة المجتمع والاندماج فيه وتقليل الوصمة للمرض النفسي.

وتأتي أهمية البرنامج في البحث:

- تأتي أهمية الدراسة باعتبارها أولى الدراسات في الأردن وفي الوطن العربي التي تـــستخدم برنامجا لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي (Psychosocial Support Groups).
- أولى الدراسات التجريبية في الوطن العربي التي تستخدم برنامج منظم لتقليـــل الوصـــمة الذاتية لدى المريض نفسه.
- تعد الدراسة نموذجا للبرامج العملية التي يمكن تطبيقها في المستـــشفيات كخدمـــة مـــستمرة للمرضى وخصوصا المرضى النفسيين.
- تواكب الدراسة الدراسات العالمية المهتمة بالبرامج المعتمـــدة علـــى الخدمـــة الجماهيريـــة والبرامج غير الطبية التي تدعم الصحة النفسية.
- تدعم هذه الدراسة وتؤكد أن الإرشاد النفسي جزء مهم جدا من الخدمة النفسية وأنة جزء لا يستغنى عنه في العلاج النفسي والخدمة النفسية المستمرة.
- تقدم هذه الدراسة شرحا نظريا عن برامج الدعم النفسي الاجتماعي.

محتوى البرنامج وبناؤه:

يحدد محتوى البرنامج في ضوء البرامج المشابهة بالاطلاع على البرامج معتمدة عالميا مثـــل(Inter-Agency Standing Committee, 2007)، و(National Breast Cancer Centre ، 2003)، والإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضـــوع

الدراسة مثل (Wischmann, 2008). ويعد البرنامج هو الجانب التطبيقي في هذه الدراسة، حيث تم تصميمه من قبل الباحثة على أساس استخدامه على عينة الدراسة من المرضى الذين وافقوا للمشاركة في الدراسة بأسلوب رسمي.

وتستخدم الباحثة في هذه الدراسة فريقا مكوناً من:

1. مرشدين نفسيين مؤهلين ومدربين للتعامل مع المرض النفسي والمرضى .
2. أطباء نفسيين متخصصين في الطب النفسي.
3. تمريض نفسي مؤهل ومدرب.
4. أخصائيين اجتماعيين.
5. أخصائيين بالعلاج السلوكي.
6. أخصائي تغذية.
7. مرشدين دينيين.

ويقوم الفريق باستخدام الطرق المناسبة لدعم مريض الاكتئاب نفسياً واجتماعياً كل حسب تخصصه، بحيث تتمركز موضوعات البرنامج حول:

1. المساندة النفسية: تبصير وشرح أهمية المساندة النفسية لأفراد المجموعة، وأهمية الدعم النفسي.
2. المساندة الاجتماعية: تبصير وشرح أهمية المساندة الاجتماعية لأفراد المجموعة، وأهمية الدعم الاجتماعي.
3. المساندة الدينية: تبصير وشرح أهمية المساندة الدينية لأفراد المجموعة وشرح أهمية التوكل على الله، والأجر والثواب والصبر على الابتلاء.

أسلوب تنفيذ البرنامج:

تستخدم الباحثة في برنامجها الأسلوب الإرشادي الجماعي؛ من خلال تكوين مجموعة دعم نفسية اجتماعية مكونة من عدة تخصصات، وتقدم المعلومات التثقيفية كل حسب تخصصه، بحيث يتاح للمريض النفسي المكتئب التعبير عن مشاعره وطرح تساؤلاته حول مرض الاكتئاب، ويتعلم الطرق الصحيحة للتعامل مع مشاعره الداخلية الموجهه نحو ذاته.

الاعتبارات العملية للبرنامج :

طبيعة البرنامج: برنامج إرشاد جمعي تثقيفي يهدف إلى تقليل مستوى الشعور بوصمة المرض النفسي لدى المرضى المصابين بالاكتئاب .

الفئة المستهدفة: المرضى المصابين بالاكتئاب من مرضى مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، والمركز الوطني للصحة النفسية، ومستشفى جرش الحكومي ومستشفى الاميرة بسمة.

حجم المجموعة التجريبية: يتكون عدد أعضاء المجموعة من(14) مريضا بالاكتئاب ممن لديهم مستوى عال من الوصمة .

حجم المجموعة الضابطة : يتكون عدد أعضاء المجموعة من(14) مريضا بالاكتئاب ممن لديهم مستوى عال من الوصمة ولا يطبق عليهم البرنامج.

نظام المشاركة: تفترض الباحثة أن نظام العضوية لهذا البرنامج اختياري وهو من النوع المغلق بعد تطبيق أدوات الدراسة والتأكد أن من يشترك بالبرنامج يعاني من الوصمة ومكتئب، مع الأخذ بالاعتبار عدم وجود أعراض ذهانيه وأفكار انتحارية على مقياس بيك ويقوم المريض بالتوقيع على تعهد لشروط الجماعة الارشادية واحترام قوانينها وتوقيع تعهد رسمي للمشاركة بالبرنامج.

الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي

استخدمت الباحثة الفنيات الإرشادية التالية :

1. المحاضرة

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب مع المرضى عن الاكتئاب ونظرياته وأسبابه وعلاجه ووجهات النظر الخاطئة عن المرض النفسي، والوصمة ومعناها وأشكالها وأساليب مواجهتها.

2. المناقشة الجماعية:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين مقدم المحاضرة المتخصص والمرضى أعضاء المجموعة، وبهذا فان المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار، والهدف من استخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي للمرضى وتعديل الأفكار الخاطئة حول المرض النفسي وأفكار المريض النفسي تجاه نفسه و التواصل بين أعضاء الجماعة .

3. الواجب المنزلي.

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف المرضى ببعض الواجبات في ختام كل جلسة، والهدف من استخدام هذه الفنية نقل اثر ما استفاده المرضى من حضور الجلسات الإرشادية لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي ومعرفة أهداف يركز عليها في الجلسة التالية.

4. التفريغ الانفعالي:

ويتمثل المضمون التطبيقي بالطلب من المرضى التعبير عن مشاعرهم السلبية، والمواقف المؤلمة التي تحدث معهم، وبالتخصيص تلك المواقف والمشاعر التي تتعلق بالوصمة

والتمييز، وترك الفرصة للمرضى للتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة والسلبية والتحدث عنها بحرية، وتقديم الدعم الاجتماعي والنفسي لهم من خلال الفريق الداعم وأفراد المجموعة.

5. توكيد الذات:

يشمل المضمون التطبيقي على كل التعبيرات المقبولة اجتماعياً للإفصاح عن الحقوق والمشاعر الشخصية، ومنه الرفض المؤدب لطلب غير معقول، التعبير عن الضيق أو السخط والاشمئزاز، التعبير الصادق عن الاستحسان، الإعجاب، التقدير، والاحترام، كذلك الصياح تعبيراً عن البهجة وكل هذه تعتبر أمثلة للسلوك التوكيدي.

6. الاسترخاء والتنفس الصحيح:

الاسترخاء أو التراخي Relaxation هو حالة انفعالية تتسم بالتوافق النسبي بين مكونات الشخصية والواقع الخارجي. وتُمثل حالة من النشوة بدرجة أو أخرى عندما يتحرر الفرد من التوتر وذلك عن طريق عملية الشهيق والزفير وتمارين التنفس. ويتمثل المضمون التطبيقي بالطلب من أفراد المجموعة تطبيق الاسترخاء وتمارين التنفس الصحيح.

7. الاستبصار:

الوصول بالمريض لفهم ذاته وأسباب مشاكله، وفهم طبيعته الانسانية ومواجهتها، ونمو الذات التي تحكم السلوك السوي. ويشمل التطبيق منه أخذ أدوار بالمسرحية.

8. السيكودراما :

السيكو دراما هو شكل حي من اشكال استكشاف النفس، فالسيكو دراما كلمة مركبة تعني الدراما النفسية وهي تطلق على شكل من أشكال المعالجة النفسية من خلال التقنيات المسرحية ويتمثل الجانب التطبيقي بالطلب من كل فرد بالمجموعة أخذ دور.

آليات تنفيذ جلسات البرنامج :

يكون موقع جلسات البرنامج في جناح الصحة النفسية في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي الطابق التاسع جناح (ج)، وهناك عدة عوامل تساعد البرنامج والجلسات على تحقيق أهدافها وهي:

- بناء الثقة بين أعضاء الفريق والمرضى للعينة التجريبية في الدراسة.
- إشاعة جو من الألفة والاحترام والمودة بين المرضى وفريق الدعم النفسي. الاجتماعي يتيح للمريض التعبير عن مشاعره المكبوتة.
- الغرفة المخصصة للجلسات في الطابق التاسع هادئة ونظيفة وواسعة ومجهزة بأجهزة مناسبة وحديثة لإلقاء المحاضرات.
- تكون الجلسة الأولى تعريفا بالبرنامج وأعضاء الفريق المشاركين في الدعم النفسي الاجتماعي.
- يقوم كل عضو بالفريق بتقديم نفسه للمرضى .
- تبدأ مناقشة الجلسة فور الانتهاء من تقديمها مباشرة.
- لكل مريض الحرية في السؤال والتعبير عن مشاعره ورأيه.
- لكل مريض حرية وحق بالاعتراض على أي نقطة.
- الاستئذان عند الرغبة في التحدث وعدم مقاطعة الآخرين في أثناء حديثهم.
- تقبل الرأي والرأي الآخر بروح مرنه وقابلة للنقد.

تقييم البرنامج:

تم تقييم أثر البرنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي من خلال الاختبارات القبلية والبعدية لمستوى الوصمة، ومن ثم اختبار المتابعة لمعرفة تأثير البرنامج ويكون التقييم النوعي من خلال الواجبات البيتية، والتقييم المرحلي في كل جلسة، والملاحظات التي يكتبها المرشد في نهاية الجلسة، بالإضافة إلى ملاحظة مستوى التفاعل والمشاركة للأعضاء في كل جلسة.

ويكون قياس مدى تأثير البرنامج على مستوى الاكتئاب من خلال القياس القبلي والبعدي لمستوى الاكتئاب.

أما التقييم النهائي يكون في الجلسة الأخيرة من خلال توزيع اوراق بيضاء وتوجيه أسئلة من النوع المفتوح للتعرف على سلبيات وايجابيات البرنامج ومدى استفادة المرضى .

جلسات البرنامج

عدد الجلسات 14 جلسة بمعدل جلستين كل أسبوع ولمدة سبعة اسابيع متتاليين مدة الجلسة (60 -90 دقيقة) حسب الموضوعات المطروحة.

الجلسة الأولى:

ومدتها : 90 دقيقة

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : الترحيب و التعريف بالبرنامج الإرشادي.

المقدم : الباحثة

أهداف الجلسة :

- الترحيب بالمشاركين وفتح المجال للمشاركين للتعارف.
- تقديم الشرح عن الدراسة وأهدافها وأهميتها وإعطائهم فكرة عن البرنامج و المشاركين فيه وجلساته وعددها ومكانها ووقتها.
- شرح للمشاركين قوانين الجلسات الجماعية والعمل الجماعي التي سوف تسود الجلسات خلال البرنامج وأهمية التقييد بها واحترامها.
- اعطاء واجب بيتي.
- انهاء الجلسة.

الاجراءات :

الترحيب بالمشاركين وفتح المجال للمشاركين للتعارف:

قامت الباحثة بالتعريف بنفسها وبجامعتها التي تدرس فيها، ومن ثم عرفت المشاركين على مكان الجلسات، ورتبت المشاركين بالقاعة بشكل يستطيع كل فرد رؤية الآخر بكل سهولة، وقام كل فرد بتقديم نفسه.

تقديم الشرح عن الدراسة وأهدافها :

قامت الباحثة بشرح البرنامج بطريقة مختصرة بانه تصميم مدروس يتكون من 14 جلسة ارشادية، يستخدم فيه مجموعة من التخصصات التي تقدم المعلومات المهمة لمريض الاكتئاب وتعمل على دعمه والهدف الاساسي من تطبيق البرنامج هو تقليل شعور المريض نحو ذاته بالخجل والحرج من الاكتئاب كمرض نفسي أو ما تسمى بالوصمة.

شرح للمشاركين قوانين الجلسات الجماعية :

قامت الباحثة من الجلسة الأولى بشرح أهمية الالتزام بالوقت المحدد للجلسات وعدم الغياب، والالتزام بمبدأ السرية في التعامل داخل المجموعة، وأن يحاول المشارك أو المشاركة التنفيس عن مشاعره بطريقة محترمة دون استخدام اية ألفاظ مؤذية، أو جارحة وأن يحاول المشارك في الدراسة أن يكون صادق مع نفسه وصريح لتحقيق الهدف من الدراسة.

واجب بيتي :

قامت الباحثة بإعطائهم واجب بيتي بكتابة المواقف و الأشياء التي تشعرهم بالضيق والحرج والتمييز الاجتماعي والنفسي بما يتعلق بمرضهم وتدوينها ليتم مناقشتها في الجلسة القادمة.

انهاء الجلسة :

قامت الباحثة في انهاء الجلسة الأولى بالتأكيد على أهداف البرنامج والالتزام بالمواعيد وتحديد الجلسة الثانية وشكر المشاركين على تعاونهم.

الجلسة الثانية :

ومدتها : 90 دقيقة .

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : التعريف بوصمة المرض النفسي وأنواعها وأهميتها.

المقدم : الباحثة

أهداف الجلسة :

- تعريف معنى وصمة المرض النفسي وأنواعها وتأثيرها .
- مناقشة الواجب البيتي والمواقف الواصمة.

- واجب بيتي.
- انهاء الجلسة.

الاجراءات :

- قامت الباحثة بتقديم الشرح الكافي عن وصمة المرض النفسي وما هي وأنواعها وتأثيرها وخصوصا الوصمة الذاتية في المصاب بمرض الاكتئاب.
- طلبت الباحثة من المشاركين قراءة ما كتبوه بالواجب البيتي للجلسة السابقة. واستعرض المشاركين بعض المواقف التي تشعرهم بالحرج وخصوصا الاناث مع صديقاتهم غير المقربات وموضوع الاقبال على الزواج واخبار العريس عن المرض، وموضوع الادوية النفسية، ومراجعة العيادات النفسية، وتأثير الاسم (مرض نفسي) عليهم.
- قامت الباحثة باستعراض ما كتبوه بالواجب البيتي وتوضيح الموقف والشعور بالوصمة وربط بعض المواقف من المواقف الحقيقية للمرضى وتعريفها أنها وصمة.
- قامت الباحثة بالشرح للمرضى كيف أن وصمة المرض النفسي لها أثر بزيادة الشعور بالخجل والحرج والابتعاد مما قد يكون لها الأثر الكبير في زيادة تأثير المرض عليهم.
- توزيع ورقة تقييم الجلسة المرحلية على المرضى.
- تحديد الجلسة القادمة ومكانها ووقتها.
- الشرح للمرضى بأن الجلستين القادمتين ستكونان مع طبيب نفسي أخصائي بالأمراض النفسية .

الادوات : جهاز عرض – فلاشه كمبيوتر – لوح تعليمي – أوراق بيضاء – أقلام حبر.

الواجب البيتي :

قامت الباحثة بإعطائهم واجبا بيتيا بكتابة أهم الأسئلة التي يودون توجيهها للطبيب النفسي والاستفسار بها عن مرض الاكتئاب.

انهاء الجلسة:

في نهاية الجلسة قامت الباحثة بتلخيص معنى الوصمة والتأكيد على تأثيرها وأهمية محاربتها وشكر المشاركين وتذكيرهم بموعد الجلستين القادمتين.

الجلسة الثالثة والرابعة :

ومدتها : 120 دقيقة ، مدة كل جلسة 60 دقيقة.

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة: الاكتئاب وعلاجه والتعامل معه كمرض نفسي.

المقدم: أخصائي الطب النفسي.

أهداف الجلستين :

- شرح مرض الاكتئاب واعراضه واسبابه.
- شرح عن أدوية الاكتئاب.
- علاقة الوصمة الاجتماعية بالاكتئاب.
- استعراض أسئلة واستفسارات المشاركين.

- استعراض التقييم المرحلي للجلستين السابقتين.
- اعطاء واجب بيتي وتقييم مرحلي .
- انهاء الجلستين.

الاجراءات :

- قام الطبيب الاخصائي النفسي بتقديم شرح موجز وبطريقة علمية عن الاكتئاب وباللغة العربية، وما هي أعراضه الجسمية والنفسية والمعرفية وأسبابه الوراثية والبيئية المحيطة ومدى أهمية الدعم النفسي الاجتماعي وتأثيره على مستوى الاكتئاب، وقام الطبيب بالتحدث عن الوصمة الاجتماعية وأثارها السلبية على المرض، وقدم أيضا شرحا عن الأدوية واستعراض لمضادات الاكتئاب المستخدمة في الاردن، وأهميتها وكيفية استخدامها والتعامل معها والاعراض الجانبية لها وسوء استخدامها واضرار عدم الالتزام بها.
- قام الطبيب النفسي الطلب من المشاركين في الدراسة قراءة الأسئلة التي يودون الاستفسار عنها وقام بدوره بالإجابة عليها ومناقشتها معهم. ومنها الأسئلة التالية :

- كم تستمر فترة العلاج ؟. وهل تعالج الأدوية المرض تماما وتقضي عليه؟
- هل مريض الاكتئاب يتناول الأدوية مدى الحياة؟
- هل يستطيع الآخرين التعايش مع المريض نفسيا ؟ (كما كتبها المريض) .
- الذي عانى من الاكتئاب وانهى فترة العلاج هل يعود المرض له مرة ثانية ؟
- لماذا لا يصرح الطبيب النفسي ويشرح للمريض عن المرض عندما يأتي للعيادة النفسية؟
- هل هناك احتمال بالخطأ بالتشخيص وأن لا يكون المريض يعاني من الاكتئاب؟

- هل هناك خصوصية للمريض بحيث لا يعرف أحد عنه، ويراجع العيادات بسرية دون لفت الأنظار له ؟
- في نهاية المحاضرتين قام الطبيب بعرض خدماته على المشاركين في البرنامج واستعداده لدعمهم والاجابة على أي استفسار في أي وقت خلال دوامه الرسمي وأنه يتمنى أن يقوموا هم أنفسهم بمساعدة مرضى آخرين ودعمهم ليتخطوا الوصمة ودعمهم بالمعلومات التي حصلوا عليها .
- وقامت الباحثة باستعراض التقييم المرحلي بجعل كل مشارك يقرأ تقييمه وكانت معظم التقييمات جيدة ما عدى أن بعض المرضى طلب أن تكون الجلستين في الاسبوع معا بدل مرة واحدة مرتين واستجابت الباحثة وجمعت الجلستين مع استراحة قهوة لمدة ربع ساعة.
- استراحة قهوه لمدة ربع ساعة بعد الجلسة الأولى.

الادوات : جهاز عرض – فلاشه كمبيوتر – لوح تعليمي – أوراق بيضاء – أقلام حبر.

الواجب البيتي :

- قامت الباحثة بتوزيع ورقة تقييم الجلسة المرحلية على المشاركين.
- الشرح للمرضى أن الجلستين القادمتين ستكون مع تمريض متخصص في التمريض النفسي.
- إعطائهم واجبا بيتيا لكتابة أهم الأسئلة التي يريدون الاستفسار عنها.

انهاء الجلسة :

قامت الباحثة في انهاء الجلسة بشكر الطبيب الأخصائي لوقته الممنوح للبرنامج وتحديد الجلسة القادمة وشكر المشاركين على تعاونهم والرجاء الالتزام بالوقت والحضور.

الجلستين الخامسة والسادسة :

ومدتها : 120 دقيقة ، مدة كل جلسة 60 دقيقة.

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : الاكتئاب والتعامل معه كمرض نفسي.

المقدم : تمريض متخصص في الطب النفسي والصحة النفسية.

أهداف الجلستين :

- شرح لكيفية التعامل مع وصمة المرض.
- شرح لكيفية التعامل مع الأعراض والأدوية لمرض الاكتئاب.
- شرح لكيفية اختيار نمط حياة مناسب لمريض الاكتئاب.
- اعطاء واجب بيتي.
- انهاء الجلسة.

الاجراءات :

- قامت ممرضة متخصصة بتمريض الصحة النفسية تحمل درجة الماجستير بتقديم الشرح على كيفية التعامل مع وصمة الاكتئاب، بحيث يلجأ المريض فوراً للمختصين لعلاج حالته وتقليل معاناته وأن لا يترك نفسه للمشاعر السلبية الخاطئة التي تتجسد من حرجه بمراجعة العيادة النفسية وخوفه من أن يقال عنه مريض نفسي، وسؤالها

للمشاركين ماذا فعلوا قبل اللجوء للطبيب النفسي، والطلب من كل مريض كتابته على ورقة ومناقشة ذلك معهم بنفس الجلسة.

- قامت الممرضة المتخصصة بالشرح للمشاركين بالبرنامج حول كيفية التعامل مع أعراض الاكتئاب من قلة النوم ونقص الوزن والأفكار المزعجة وشرحت لهم أهمية الالتزام بالعلاج الدوائي عند وصفة، والالتزام بوقت محدد لتناول العلاج وشرحت لهم لماذا ؟ لأن توزيع الوقت مرة أو مرتين أو ثلاث له اهميته بتركيز الدواء في الدم وتأثير ذلك على فعاليته، وناقشت المتخصصة كيفية حفظ الدواء بالبيت بحيث أن هناك أدوية تفقد فعاليتها اذا وضعت على تبريد عالي وخطورة وضعة خارج امكنة الحفظ بحيث تكون قريبة من أيدي الآخرين وخصوصا الأطفال، وماذا يفعل المريض عندما ينسى أن يأخذ دوائه، وتم مناقشة كيفية تعايش المريض مع البيئة و الواقع الاجتماعي في الحياة اليومية العادية كمريض اكتئاب وأهمية الاختلاط بالغير وعدم خجله من أعراضه لأن كل انسان يشعر ويحس ويتحمل المسؤولية لابد أن تظهر عنده اعراض اكتئابيه في وقت ما بحياته، وناقشت معهم ما هي طرقهم بالترفيه عن أنفسهم والوسائل التي يلجئوا إليها لتغير مزاجهم.
- الشرح للمشاركين حول كيفية اختيارهم نمط حياة يساعدهم على تقليل الأعراض :

- شرح العادات الصحية للنوم : عدم الذهاب الى النوم الا عند الشعور بالنعاس، أخذ حمام ساخن الذي يساعد على الاسترخاء، شرب كوب من الحليب قبل النوم ،عدم الجلوس بغرفة النوم أو وضع التلفاز لمشاهدته، غرفة النوم للنوم فقط.
- اختيار الغذاء الصحي المناسب الذي يساعد على رفع مستوى السيروتونين ويقلل الاكتئاب.
- ممارسة الرياضة بشكل منتظم وأقلها مشي ساعة يوميا.

- عدم الجلوس مع أشخاص كثيري الشكوى وثقلاء.
- محاولة تقديم المساعدة للآخرين مثل الاشتراك بجمعيات خيرية لتفعيل دورهم الاجتماعي.
- عمل رحلات منتظمة هم وعائلاتهم لأماكن جميلة تساعدهم على تقليل الضغوطات وتزيد من العلاقات الأسرية.
- تعليمهم التنفيس الانفعالي وذلك بتشجيعهم للتحدث عن مشاعرهم والتحدث مع الناس المقربين لهم وبشكل مستمر عن شعورهم الداخلي للإصابة بالاكتئاب، ومناقشة مستقبلهم وطموحاتهم وتشجيعهم للتحدث مع عائلاتهم حول مرضهم والادوية التي يتناولونها ومواعيد عياداتهم.
- تعليمهم معنى الاسترخاء والتنفس الصحيح وشرح بأن الاسترخاء طريقة لتدريب الجسم والعقل في مرحلة الوعي للوصول لمرحلة الشفاء الذاتي عن طريق التخلص من العبء النفسي ونقل التفكير والعواطف الى الراحة والاستجمام في اللاوعي، وتشجيعهم على ممارسته وذكر فوائد الاسترخاء في تقليل التوتر وحدته وتعليمهم طريقة التنفس الصحيحة واعطائهم نشاط بالجلسة بذلك.
- الانتظام بعمل الاعمال اليومية وعدم تركها.

- مناقشة الواجب البيتي بالطلب من المشاركين في البرنامج قراءة الأسئلة التي يودون الاستفسار عنها وبأسلوب منظم.
- استراحة قهوه لمدة ربع ساعة بعد الجلسة الأولى.

نشاط :

قامت المتخصصة بتعليم المشاركين طريقة الاسترخاء والتنفس الصحيح بحيث :

التنفس : يأخذ المشارك النفس من أنفه بهدوء وهو يعد الى رقم أربعة، ويحبس نفسه أربع، ومن ثم زفير من خلال الفم أربع.

الاسترخاء :اختيار وقت مناسب، مكان مريح، ملابس مريحة، البدء بالتنفس الصحيح.

طلبت الباحثة من المشاركين الجلوس بوضع مريح على المقعد واغلاق أعينهم والبدء بـــالتنفس لمدة ثلاث دقائق. وأخبرتهم أن الهدف من هذا التكنيك تنظيم التـــنفس والوصـــول الـــى حالـــة الاسترخاء العضلي والذهني.

واجب بيتي :

اعطاء المشاركين ورقة تقييم الجلسة المرحلية، الطلب من المشاركين ممارسة الاســـترخاء والتنفس الصحيح يوميا مرتين باليوم وتسجيل مشاعرهم نحو أنفسهم على ورقة ستقرأ بعد أنهاء المسرحية الأسبوع القادم، و الطلب من المشاركين في الجلسة القادمة تسجيل مشاعرهم وآرائهم أثناء العمل المسرحي ليتم مناقشته بعد عرض المسرحية.

انهاء :

تم شكر الممرضة المختصة على وقتها الممنوح، وتلخيص أهم نقاط الجلـــستين مـــن قبـــل الباحثة وتحديد الجلسة القادمة وشرح الباحثة أن الجلسة القادمة هي عمل مـــسرحي ومـــن ثـــم مناقشة المواقف الشخصية لكل فرد .

الجلسة السابعة :

المدة : 90 دقيقة.

عنوان الجلسة : التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما)

الأهداف :

- التنفيس الانفعالي
- والاستبصار للذات والتعبير بحرية.

الاجراءات :

- قامت الباحثة بعرض مسرحية مدتها 20 دقيقة قامت بتأليفها عن مراجعة مصابة بالاكتئاب وكيف أنها لا تفصح عن مرضها وتحاول تجنب صديقاتها، وعدم اخبار أهلها بمراجعتها للعيادة النفسية وتأثير ذلك عليها وقام بتمثيلها تمريض من الصحة النفسية ومرشدين نفسين.
- بعد عرض المسرحية القصيرة طلبت الباحثة من كل فرد اختيار دور له في المسرحية والتعبير عنه بحرية، وكيف أنهم يعبرون عن أنفسهم، وكان معظم المرضى يختارون دور المريضة التي تشعر بالإحراج والخجل.
- قامت الباحثة بالطلب من المشاركين قراءة مشاعرهم ونظرتهم نحو ذاتهم أثناء عرض المسرحية واستعراض المواقف الواصمة التي حدثت معهم ومناقشتها.
- مناقشة الواجب البيتي وطلب الباحثة من المشاركين قراءة الأوراق التي تصف شعورهم نحو ذاتهم ومناقشتها معهم.
- مناقشة المشاركين في التقييم المرحلي ومدى الرضى عن الجلسات.

واجب بيتي :

اعطاء المشاركين ورقة تقييم الجلسة المرحلية، والطلب من المشاركين في الجلـــسة القادمـــة تحديد المواقف التي تشعرهم بالعجز اليأس وانعدام القدرة وتزيد من الشعور بالاحباط عندهم.

الجلسة الثامنة والتاسعة :

ومدتها : 120 دقيقة . 60 دقيقة للجلسة.

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : طريقة التخلص من السلوك غير المرغوب.

المقدم : أخصائي العلاج السلوكي.

أهداف الجلستين :

- تعريف السلوك ومكوناته وقياسه.
- تعليم المشارك تحديد السلوك غير المرغوب (العجز) وكيفية التخلص والسيطرة عليه.
- تعليمه علاقة السلوك مع البيئة الاجتماعية.
- شرح من أين يأتي السلوك العاجز و المحبط والشعور بالخجل.
- مناقشة الواجب و التقييم .
- انهاء.

الاجراءات :

- قام الأخصائي السلوكي بتوضيح ما هو السلوك:

هو كل الافعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظاهرة والتعريف العلمي للسلوك يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد وبيئته والسلوك يجزأ الى مجموعــة

من الاستجابات ، والاستجابة هي الوحدة القابلة للقياس في عمل السلوك، وتوضيح أن الأنسان يعيش باحثا عن الأمل ورغبة بالفعل ونحن نسعى دائما للتأكد من تأثيرنا على مجريات حياتنا واحساسنا بأننا قادرين وجديرين ومسيطرين على حياتنا.

- توضيح أن أفعال الأنسان تنشأ عن تفاعل ثلاثة أشياء : السلوك و البيئة والعوامل المعرفية، وتعريف أن السلوك اما أن يكون استجابي أو اجرائي، والسلوك الإستجابي هو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه، فلا يتأثر بالمثيرات التي تتبعه، وهو أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي، والسلوك الاجرائي هو السلوك الذي يصدر عن الفرد، فالإنسان يقرأ، يفكر، يضحك، يمشي، يجلس، يصفق، يغني، .....الخ. والبيئة تتكون من مثيرات داخلية وخارجية وهي مجموعة الظروف الحقيقية التي يعيش فيها الفرد وتؤثر فيه ويؤثر فيها، هدفها زيادة سلوك أو خفض سلوك أو تشكيل سلوك، والعوامل المعرفية هي ما يحمله الفرد من أفكار ومفاهيم ومعتقدات تجاه المواقف التي يواجهها.

- كيفية تحديد سلوك العجز لدى المريض وطريقة التخلص منه، حيث قام الأخصائي السلوكي بشرح تجربة (سليغمان) لتوضيح ذلك الشعور، حيث قام العالم بتعريض كلاب لصدمات عن طريق كهربة أرض القفص، فكانت الكلاب تحتج وتعوي في البداية. ومع الوقت أصبحت تتلقى الصدمة الكهربائية بخضوع دون ابداء ردة فعل، وبعدها اعادة التجربة على كلاب جديدة وضعها في اقفاص ذات حجرتين واحدة مكهربة والأخرى غير مكهربة، كانت الكلاب تهرب من الحجرة المكهربة وتحتمي في غير المكهربة. وعندما نقل الكلاب المحبطة الى اقفاص الحجرتين وجد انها لا تقفز الى الحجرة غير المكهربة فقد اعتادت الخضوع للكهربة، وحتى عندما كانت تقفز بالصدفة الى الحجرة

غير المكهربة فهي لم تكن تدرك ان هروبها هو الذي أراحها من الكهرباء لذلك كانت تعود الى الحجرة المكهربة، وفي مرحلة ثانية حاول سليغمان إغراء الكلاب المحبطة بقطعة من اللحم وضعها في الحجرة غير المكهربة علها تجذب الكلب الى الحجرة الآمنة، وفوجئ الباحث ان الكلاب كانت تقفز لتأخذ اللحم وتعود الى الحجرة المكهربة. هكذا خرج سليغمان بنظرية صناعة الإحباط سواء عن طريق التدخل الخارجي أو بالتجربة الذاتية، حيث يصنع كل إنسان إحباطاته بنفسه، وأن السلبية وانخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس ومشاعر الاستسلام والأفكار الخاطئة والمدمرة لها الدور الكبير في تشكيل الاكتئاب.

- شرح الاخصائي السلوكي كيفية التخلص من شعور الخجل والحرج من المرض وذلك عن طريق التعرض للموقف والشعور (الخجل) ومواجهته والحديث عنه.
- قراءة المواقف التي تشعرهم بالعجز ومناقشتها مع الاخصائي.
- قراءة التقييم ومدى رضاهم عن الجلسات حيث لاحظت الباحثة استخدام لفظ مجنون أحيانا في التعبير أي (كشخص مجنون) وهذا يجعلها تركز في الجلسات القادمة على نظرة المريض لنفسة لعدم تشكيل تدني الذات وتوكيد الوصمة.
- استراحة قهوه لمدة ربع ساعة بعد الجلسة الأولى.

نشاط :

الطلب من كل مشارك وبجملة قصيرة اخبار زميله الذي يجلس بجانبه عن شعوره تجاه المرض وأمام الجميع وهل يشعر بالخجل والحرج بأن يخبر الآخرين.

الادوات : جهاز عرض – فلاشه كمبيوتر – لوح تعليمي – أوراق بيضاء – أقلام حبر،

واجب بيتي :

الطلب من المشاركين أخبار ثلاثة اشخاص مقربين يختاروهم هم ويتحدثوا معهم عن شعورهم ومرضهم.

إعطائهم ورقة التقييم المرحلي وكتابة بعض الأسئلة التي يودون الاستفسار عنها لإخصائي الارشاد النفسي.

انهاء :

قامت الباحثة بشكر اخصائي العلاج السلوكي وتقديرها لوقته، وشكر المشاركين والرجاء منهم بالالتزام بالمواعيد الأسبوعية للجلسات.

الجلستين العاشرة والحادية عشرة:

ومدتها : 120 دقيقة، مدة كل جلسة 60 دقيقة بفاصل ربع ساعة استراحة قهوة.

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح(ج).

عنوان الجلسة : الفريق الداعم وفنيات التخلص من الوصمة الداخلية.

المقدم : أخصائي الإرشاد النفسي (الباحثة).

الأهداف :

- الشرح للمشاركين بأهمية مجموعة الدعم وأهمية المساندة النفسية الاجتماعية.
- تعليمهم معنى الاستبصار وتوكيد الذات والتنفيس الانفعالي.
- واجب بيتي.
- انهاء.

الاجراءات :

- قامت الباحثة بتقديم الشرح المفصل عن فريق الدعم النفسي الاجتماعي، وأنهم يستطيعوا الحصول على الخدمة من هذا الفريق في أي وقت، وتوضيح أن فرق الدعم لها أشكال وأن تقديم المعلومات التثقيفية أحد أشكال الدعم النفسي الاجتماعي، و قد تشكل فرق الدعم من المرضى أنفسهم ومن عائلاتهم ويكون الهدف الأساسي تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لتخطي الأزمة التي يواجها الأنسان باستخدام مهارات تعمل على تقوية نقاط الضعف، وتشجع الاعتماد على الذات وتضمن الدعم العاطفي وتحترم مشاعر الآخرين وتدرك أهمية الفعل وتقديم الخدمات للآخرين.
- شرح معنى الاستبصار للمشاركين وأهمية التعرف على ذاتهم ونقاط القوة والضعف لمواجهة الوصمة والتمييز.
- الطلب من كل مشارك كتابة عبارة لنفسة تعبير عن ذاته على الأوراق البيضاء لقراءتها.
- شرح معنى توكيد الذات، حيث أن إدراكنا لذاتنا يحدد هويتنا وكذلك يشكل سلوكنا نحو الآخرين وأن التحدث مع الآخرين وتفريغ ذلك الشعور السلبي هو نوع من التنفيس الانفعالي.
- عرض فيديو تحفيزي عن الثقة بالنفس.

نشاط :

قراءة ما كتبوه من عبارات بصوت عال وكيف أن العبارات تكون توكيدية لمفهوم الذات أو غير توكيدية والطلب ممن كان تعبيرهم غير توكيدي الذهاب للوح وكتابة عبارة توكيدية .

الادوات: جهاز عرض – فلاشه كمبيوتر – لوح تعليمي – أوراق بيضاء – أقلام حبر – فيديو.

واجب بيتي:

الطلب من المشاركين استخدام عبارات توكيد النفس مع أنفسهم باستمرار وحتى لو ضمنيا، اعطائهم ورقة التقييم المرحلية، إعطاء واجب بيتي للمشاركين عن المواقف المساندة لهم ومن هم مقدميها وماذا تعني لهم المساندة الاجتماعية.

الجلسة الثانية عشر:

ومدتها : 60 دقيقة

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : شرح معنى المساندة الاجتماعية وأهميتها في تقليل الوصمة.

المقدم : أخصائي اجتماعي.

الأهداف :

- شرح الدعم والمساندة الاجتماعية.
- التأكيد على أهمية الدور الاجتماعي لتوكيد الذات وتقليل الوصمة للمرض.
- التأكيد على أهمية العائلة ودورها في الدعم الاجتماعي.
- تعليم مهارات الاتصال المهمة .
- واجب بيتي
- انهاء.

الاجراءات :

- في هذه الجلسة تم شرح أهمية المساندة الاجتماعية في مواجهة الوصمة عن طريق مساعدة الناس بعضهم البعض بعدد من الطرق العملية والاجتماعية

والنفسية، فالإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع العيش لوحده، وهو بحاجة لتأييد ومساندة من حوله، وتأتي المساندة العملية بأشكال عدة منها مساعدته ماليا وماديا ومساعدة بالمجهود، والمساندة الاجتماعية هي مساعدة المريض لاستعادته صورته الاجتماعية وتأكيد الدور الاجتماعي وتكوين علاقات اجتماعية.

- تأكيد على دور الاسرة في المساندة الاجتماعية وأهميتها، فإحساس العائلة بالشخص وإحساسه بها وشعوره بأن العائلة تقدره وتفكر فيه وتحتاجه، فالمساندة الاجتماعية مهمه جدا للتأقلم مع البيئة وتغيراتها.
- شرح أهمية مهارات الاتصال وأهمية التعرف عليها ومعرفة نقاط الضعف والقوة، وتكون المهارات في جانبين أولا :الانصات بحيث يتعلم المشارك أهمية التركيز عدم المقاطعة، ربط الأفكار، التذكر ومحاولة اشعار المتكلم بإدراكه لما يقول، وثانيا : مهارات التحدث ومنها نبرة الصوت، نوع الموضوع، من الذين تتحدث اليهم ، مدى المعلومات عن الموضوع .

واجب بيتي :

إعطاء واجب بيتي للمشاركين لتسجيل ما تناولوا من أغذية خلال أسبوع ، توزيع ورقة التقييم المرحلي للجلسة.

انهاء :

قامت الباحثة بشكر الاخصائي الاجتماعي وشكر المشاركين.

الجلسة الثالثة عشر:

ومدتها : 60 دقيقة .

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : غذاء مريض الاكتئاب.

المقدم : أخصائي تغذية.

الأهداف :

- شرح علاقة الغذاء بالمزاج.
- الأغذية التي ترفع المزاج

الاجراءات :

- قام الاخصائي الغذائي بشرح أن هناك بعض الاغذية تؤدي الى الابتسامة والشعور بالسعادة والسرور بسبب مكوناتها الفريدة التي تؤثر بشكل أو بآخر على الحالة المزاجية والنفسية للإنسان، فكلما كانت التغذية متوازنة، أدى ذلك إلى انتهاء مشاعر الحزن من خلال مواد تفرز داخل الجسم تؤدي للشعور بالبهجة والسعادة ومواجهة مشاعر الخجل والحرج، و أنه هناك علاقة للغذاء بإحداث مشاعر ايجابية لدى الإنسان مثل الأسماك البحرية السالمون والتونة التي تتميز بمحتواها العالي من الأحماض الدهنية عالية عدم التشبع "أوميجا-3" التي تفعل بداخل الجسم فعل السحر، حيث تؤدي أدواراً مماثلة للعقاقير المضادة للاكتئاب، مع التأكيد أنها ليست بديلا عن مضادات

الاكتئاب، وتساعد على زيادة معدل تدفق الدم في الأوردة والشرايين، مما يساعد على تهدئة الأعصاب.

- وأن هناك أغذية تزيد مستوى السيروتونين المقاوم للاكتئاب مثل الموز الذي يحتوي على العديد من المركبات الكيميائية النباتية التي تسمي بأشباه القلويدات والحامض الأميني المعروف بـ"التربتوفان" وفيتامين "ب6" والتي تسهم بدور مباشر في إكساب الإنسان الثقة بالنفس، وكذلك زيادة قدرة الدماغ علي صناعة وإفراز هرمون "السيروتونين" الذي يزيل الاكتئاب ويقود إلى الضحك.
- ومن الأطعمة المعدلة للمزاج الترمس الملوخية والقرع العسلي، وأيضا البصل الاخضر.
- بالنسبة للقمح فهو غذاء كامل غني بالبروتينات فالإقماح الصلبة في صورة الخبز الأسمر ومطحون وبعض الحبوب و الغلال الأخرى مثل الشوفان فهي غنية ببعض المعادن المهمة مثل الكالسيوم والبوتاسيوم والماغنسيوم المهمة لسلامة الجهاز العصبي وتعطي إحساسا بالهدوء وتعالج القلق.
- الشكولاتة السوداء.
- مناقشة الواجب البيتي بنوعية الاغذية التي يتناولونها.

الواجب البيتي :

إعطاء واجب بيتي للمشاركين ماذا يعني المرض النفسي دينيا والصبر والابتلاء اعطائهم التقييم المرحلي للجلسة.

الجلسة الرابعة عشر:

ومدتها : 60 دقيقة.

مكانها : الطابق التاسع قسم الصحة النفسية جناح (ج).

عنوان الجلسة : المرض كابتلاء.

المقدم : واعظ ديني.

الأهداف :

- إعطاء درس يتضمن شرح عن المرض كابتلاء.
- سبب تعلق الناس للذهاب للشيوخ بالأمراض النفسية.
- انهاء البرنامج.

الاجراءات:

- قام الواعظ بسرد قصص من القرآن والسنة عن المحن والابتلاءات وأن الرسل تعرضوا لمحن وأزمات، وكيف الانسان يرضى بالقضاء والقدر، وأن ما يصاب الانسان من مصيبة أو أزمة الا بإذن من الله عز وجل، وكيف أن الصبر ومجاهدة النفس يكون له ثواب في الدنيا والآخرة ، وأن الانسان يجب أن لا يخجل من مرضه وأن لا يترك نفسه فريسة للأفكار الخاطئة والنصابين والدجالين، وأن أداء الفرائض الدينية سواء للمسلمين او المسيحين تقلل من الضغط النفسي وتجعل الانسان يختلط بالآخرين، وتقوي من اجابياته الداخلية وتساعده على تخطي أزمته.
- شرح بأن الوصمة المدموغ بها المرض النفسي تعود أساساً للاعتقاد السائد لدى عامة الناس ونسبة غالبة من علماء الدين إلى أن المريض النفسي متلبس بالجن، أي يسكنه جن أو

شيطان، أو على الأقل تحت تأثير السحر أو العين أو الحسد، وقد ساعدت وسائل الأعـــلام المقروءة والمسموعة والمشاهدة بدون أن تدرى في دعم هذا الاعتقاد بإفساحها المجال لمـــن يؤمنون بهذا الاعتقاد لإبداء آرائهم بقوة مدعمين هذه الآراء بآيات قرآنية و أحاديث نبويـــة وروايات عن النبي صلى الله عليه وسلم.

- مناقشة الواجب البيتي مع المشاركين.

انهاء :

قامت الباحثة بتقديم الشكر للمرضى في المجموعة الارشادية وأخبارهم أن البرنـــامج انتهـــى وتوزيع على المشاركين ورقة التقييم النهائي للبرنامج.

ملحق (د)

قائمة أسماء المحكمين لمقاييس الدراسة

	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	د. أوس غالب خصاونة	أستاذ مساعد	طب نفسي/ كلية الطب	جامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية
2	د. تيسير ذيابات	اختصاصي أمراض نفسية	طب نفسي	وزارة الصحة
3	د. رعد لفته الشاوي	استاذ مشارك	الارشاد النفسي	جامعة اليرموك
4	د. عبدالناصر ذياب الجراح	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
5	د. عبد الكريم محمد جرادات	استاذ مشارك	الارشاد النفسي	جامعة اليرموك
6	د. علي جابر الربيعي	محاضر متفرغ	طب نفسي/ كلية الطب	جامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية
7	د. فوزي الشايت	أستاذ دكتور	اللغة العربية	جامعة اليرموك
8	د. قاسم محمد سمور	أستاذ مشارك	الارشاد النفسي	جامعة اليرموك
9	د. محمد عبد المنعم الذيبة	اختصاصي أول للأمراض النفسية	طب نفسي	وزارة الصحة
10	د. محمود أحمد بشتاوي	أستاذ مساعد	طب نفسي/ كلية الطب	جامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية
11	د. محمود خريسات	أستاذ مشارك	اللغة العربية	جامعة اليرموك
12	د. مصطفى حيادرة	أستاذ مشارك	اللغة العربية	جامعة اليرموك
13	د. موسى عرقوب الدغمي	عميد استشاري نفسي	طب نفسي	الخدمات الطبية الملكية
14	د. نعيم حسن عبد الرحمن	اختصاصي أول للأمراض النفسية (المدير الفني) (المركز الوطني للصحة النفسي)	طب نفسي	وزارة الصحة

ملحق (ذ)

ورقة تقييم الجلسة المرحلية



أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

الجلسة.....................................

التاريخ.....................................

اسم المشارك ....

ملحق(ر)

ورقة تقييم البرنامج



أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

تتقدم الباحثة بالشكر الجزيل للمشاركين بالبرنامج لالتزامهم بالجلسات ووقتهم الممنوح وتتمنى لهم التوفيق دائماً

التاريخ...

اسم المشارك ....

ملحق (ز)

نموذج البحوث الغير مدعومة مالياً



Jordan University of Science and Technology
Non-Funded Research Grant for Documentation or Sabbatical Leave
(Form A2)

Instructions about each section of the proposal are given in Form A3

THIS SECTION IS ONLY FOR DEANSHIP OF RESEARCH USE										
Project Number										
Type of Fund										
Total Amount Requested (JD)		Amount of Grant Approved (JD)								
Date Submitted										
Starting Date (Upon Approval)		Duration (Months)								

A ADMINISTRATIVE

A-I: PROPOSAL TITLE (Provide a short descriptive title, give prominence to keywords)

English:
The Effect of Psychosocial Support Group Program in Decreasing the Stigma of Depressed Patient.
Arabic:
أثر برنامج مجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب

A-II: TYPE OF FUND APPLIED FOR (Select one)

☐	Faculty Member Research Grant (FMRG)
☐	Thesis Oriented Research Grant (TORG)
☐	Collaborative and Competitive Research Grant (CCRG)
☐	Non-Funded Research Grant for Documentation (NFRG)
☐	Sabbatical Leave Research Grant (SLRG)

A-III: COMMERCIAL POTENTIAL

Could this project have commercial potential? (Select one)	☐ Yes	☐ No

A-IV: CHECK-LIST

☐ Have you checked to ensure all questions in the application form have been answered?

☐ Have you checked to ensure all questions in section K (ethical issues) have been answered?

☐ Have you included copies of relevant ethical forms (Research on Animals and Research on Humans)? It is the Principal Investigator's responsibility to obtain approvals from the appropriate university committee.

☐ Have you checked to ensure you have included the correct costs in your budget?

☐ The principal investigator and all co-principal investigators should sign.

A-V: PERSONNEL AND AUTHORIZATION

PRINCIPAL INVESTIGATOR

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

OR (S)

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

Academic Rank:	Full Name:	
College:	Department:	
Telephone:	Ext:	Mobile:
Fax:	E-Mail:	
Signature:		Date: / /

B DESCRIPTION

B-I: ABSTRACT (Provide a statement of the problem in Arabic language in a separate sheet as in Appendix A):

B-II: PROJECT GOALS AND OBJECTIVES

C INTRODUCTION

C-I: REVIEW AND ANALYSIS OF RELATED WORK

C-II: SIGNIFICANCE OF WORK

D APPROACH AND METHODOLOGY

D-I: METHODOLOGY

D-II: LOCATION AND SAFETY CONSIDERATIONS

D-III: AVAILABLE RESOURCES

D-IV: EXPECTED RESULTS/OUTPUTS

E REFERENCES

F THE ROLE OF THE INVESTIGATOR(S)

(Attach a brief C.V. for each investigator following the format in Appendix B)

No.	Name of Investigator	Area of contribution to the project
1		
2		
3		
4		
5		

G PROJECT SCHEDULE

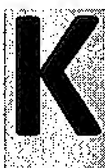
PHASES OF PROJECT IMPLEMENTATION

Sequences	Task	Duration (Months)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
	Total duration for the proposed project	

H BUDGET OF THE PROPOSED RESEARCH (Not Required)

I JUSTIFICATION OF BUDGET (Not Required)

J ON-GOING FUNDING FROM JUST (Not Required)



K ETHICAL ISSUES

Research involving activities marked with an asterisk (*) in the left column in the table below will be referred automatically to Ethics Review

	Research on Human Embryo/Foetus	No	Yes	Page
*	Does the proposed research involve human Embryos?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve Foetal Tissue/Cells?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve Embryonic Stem Cells (hESCs)?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve Embryonic Stem Cells?	☐	☐	
*	Does the proposed research on Human Embryonic Stem Cells involve the derivation of cells from Embryos?	☐	☐	

	Research on Humans	No	Yes	Page
*	Does the proposed research involve Children?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve patients?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve persons not able to give consent?	☐	☐	
*	Does the proposed research involve Human genetic materials?	☐	☐	
	Does the proposed research involve Human biological samples?	☐	☐	
	Does the proposed research involve Human data collection?	☐	☐	

	Research on Animals	No	Yes	Page
	Does the proposed research involve Animals?	☐	☐	
	Are those animals transgenic small laboratory animals?	☐	☐	
	Are those animals transgenic farm animals?	☐	☐	
*	Are those animals non-human primates?	☐	☐	
	Are those animals cloned farm animals?	☐	☐	

DISCUSS ANY RELATED ETHICAL ISSUES (Named Principal Investigator)

Appendix A: Arabic

عنوان البحث :
ملخص باللغة العربية:

Appendix B: C.V. Format for Principal Investigator and Co-Investigators
(Two pages maximum, material should be related to submitted project)

Title and Name:
Specialty:
Department and College:
Summary of Experience/Achievements Related to Research Proposal:
List of Relevant Publications:

Appendix C: Evaluations and Approvals

DEPARTMENT Evaluation and Recommendation

Item/ Evaluation	Excellent	Very good	Good	Weak
Research methodology	☐	☐	☐	☐
Research objectives	☐	☐	☐	☐
Research originality	☐	☐	☐	☐
Research contribution	☐	☐	☐	☐
Research applicability and relevance	☐	☐	☐	☐
Overall evaluation	☐	☐	☐	☐
Recommendations of the Department Research Committee ☐ Approved ☐ Disapproved				
Amount of Budget Approved by Department Research Committee: (JD)				
Chair. of Dep. Res. Committee - Title and Full Name:				
Signature: Date: / /				
Recommendations of the Department Council ☐ Approved ☐ Disapproved				
Signature: Date: / /				

FACULTY Recommendation

Recommendation of the Faculty Research Committee	☐ Approved ☐ Disapproved
Chair. of Fac. Res. Committee - Title and Full Name:	
Signature:	
Date: / /	
Recommendation of the Dean of the Faculty	☐ Approved ☐ Disapproved
Signature:	Date: / /

INSTITUTIONAL RESEARCH BOARD (IRB) APPROVAL (If applicable, refer to section K please):
Any research on human should be approved by the University Review Committee for Research on Human before approving this research work.

Recommendation of the University Review Committee for Research on Human. ☐ Approved. ☐ Approved with conditions* ☐ Disapproved. *	
Chairman of University Review Committee for Research on Human - Title and Full Name:	
Signature:	Date: / /

ANIMAL CARE AND USE COMMITTEE (ACUC) APPROVAL (If applicable, refer to section K please):
Any research on animals should be approved by the University Review Committee for Research on Animals before approving this research work.

Recommendation of the University Review Committee for Research on Animals. ☐ Approved. ☐ Approved with conditions.* ☐ Disapproved. *	
Chairman of University Review Committee for Research on Animals - Title and Full Name:	
Signature:	Date: / /

UNIVERSITY RESEARCH COMMITTEE Recommendation

Recommendation of the University Research Committee. ☐ Approved: Amount of grant approved: (JD) ☐ Disapproved: ☐ Postponed: ☐ Directed to:	
Dean of Research - Title and Full Name:	
Signature:	Date: / /

ملحق (س)

كتب تسهيل المهمة



جامعـــة اليرمـــوك
YARMOUK UNIVERSITY

كليـــة التربيـــة
مكتـــــب العميـــد

الرقم : ك ت/١٠٧/٤/١١
التاريخ : ٨/ربيع الآخر/١٤٣٤ هـ
الموافق : ١٨/شباط/٢٠١٣ م

الدكتور مدير مستشفى الأميرة بسمة التعليمي المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة سميرة جميل محمد الحسون

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الطالبة سميرة جميل محمد الحسون، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٤٤)، بدراسة بعنوان "أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"؛ وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي، ويستدعي ذلك تطبيق أدوات الدراسة (استبانه، اختبار، برنامج الدعم النفسي الإجتماعي) المرفقة على عينة من المرضى النفسيين المصابين بالإكتئاب.

أرجـو التكرم بالاطـلاع والموافقـة علـى تسهيل مهمـة الطالبة المذكـورة أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

/ عميد كلية التربية

أ.د. أمل الخصاونـة

١

هاتف: ٩٦٢ - ٢ - ٧٢١١١١ +   فاكس: ٩٦٢ - ٢ - ٧٢١١١٩٩ +   اربد - الأردن
Tel: +962 - 2 - 721111   Fax: +962 - 2-7211199   Irbid - Jordan   E-mail: fac_edu@yu.edu.jo   http://www.yu.edu.jo


مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي
King Abdullah University Hospital


جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية
Jordan University of Science and Technology

لجنة البحث على الإنسان
Institutional Review Board

الرقــم: ٩/٢٠١٣ جلسة ٦٢ تاريخ ٢٠١٣/٣/٥م
التاريخ: .... هـ
الموافق: ٢٠١٣/٤/٢ م

Ref.: ....
Date: ....

الأستاذ الدكتور مدير عام مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

إستناداً إلى اجتماع لجنة البحث على الانسان رقم ٢٠١٣/٦٢ تاريخ ٢٠١٣/٣/٥م والذي تضمن النظر في الدراسة المقدمة من طالبة الدكتوراة سميرة جميل الحسون / جامعة اليرموك، بعنوان:

" أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"

يرجى التكرم بالعلم بموافقة لجنة البحث على الانسان على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مستشفى الملك المؤسس، على أن يتم التقيد بالشروط التالية::

١. إشراك طبيب أخصائي أمراض نفسية من مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي.
٢. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٣. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم الا لغايات البحث العلمي.
٤. وضع نسخة من نموذج التفويض الخطي من المريض المشارك في ملفه الطبي، والاحتفاظ بنسخة أخرى مع الباحث لابرازها عند الحاجة، علماً بأنه سيتم التأكد من ذلك من خلال التدقيق على ملفات المرضى المشاركين في الدراسة، مع الإلتزام بنموذج الإقرار بالموافقة المعتمد من اللجنة (مرفق مع القرار).
٥. في حال لم يتم إغلاق البحث خلال عام من تاريخ موافقة لجنة البحث على الإنسان، وتزويد اللجنة بنتائج البحث، تُعتبر الموافقة ملغاة ضمنياً.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس لجنة البحث على الانسان

الأستاذ الدكتور محمود الشياب

نسخة: قسم السجلات الطبية

م.م/ منسق لجنة البحث على الانسان

Tel.: 962-2-7200600 Fax: 962-2-7095777 P.O. Box: 630001 Irbid 22110 Jordan Email: kauh@just.edu.jo







نموذج موافقة المريض على اجراء بحث علمي

اسم المريض : .... الرقم الطبي: ....

اسم المشرف على البحث : .... رقم الهاتف: ....

عنوان البحث: ....

- قبل موافقتي على البحث تم اعلامي من قبل الباحث بما يلي :
  1- موافقة الجهات المعنية في المستشفى على اجراء البحث.
  2- اهداف البحث واجراءاته.
  3- [illegible]
  [illegible]
  10- اي جهد اضافي ممكن ان ابذله لغاية البحث.
  11- ماذا يحصل في حال قررت ان اتوقف عن المشاركة في البحث
  12- متى يتوجب اعلامي باستنتاجات جديدة ممكن ان تؤثر على عزيمتي في المشاركة في البحث.

- إذا كان لديك اسئلة ما تتعلق بحقوقك كمشارك في هذا البحث او فيما يتوجب عليك عمله في حال اصابتك بأذى او بضرر فمن الممكن الاتصال في اي وقت من الاوقات بـ .... على الرقم ....

- مشاركتك في هذا البحث اختيارية فلن تعاقب او تخسر اية منافع في حال قررت عدم المشاركة او التوقف عن المشاركة في اي وقت .
- بمجرد توقيعك على هذا المستند فانت تقر بأنك توافق اختياريا على المشاركة في هذا البحث وان المعلومات المدونة اعلاه قد شرحت لك بالكامل.

التاريخ	اسم المشارك	توقيعه
....	....	....
التاريخ	اسم الشاهد الأول	توقيعه
....	....	....
التاريخ	اسم الشاهد الثاني	توقيعه
....	....	....
التاريخ	أسم المشرف على البحث	توقيعه
....	....	....

- ملاحظة هامة: يجب حفظ نسخة من هذا النموذج في الملف الطبي للمشارك

F3GM7601






مكتـب المديـر العـام

General Director Office

هاتف: ٧٢٠٠٦٠٠ (٢-٩٦٢) فاكس: ٧٠٩٥٧٧٧ (٢-٩٦٢) ص.ب (٦٣٠٠٠١) اربد (٢٢١١٠) الأردن

الرقم: ١٢٨٩/١/١٧/

التاريخ: ٢٨ جمادى الأولى ١٤٣٤ هـ

الموافق: ٨/ ٤/ ٢٠١٣ م

Ref.

Date:

الأستاذ الدكتور عميد كلية التربية/ جامعة اليرموك المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

إشارةً الى كتابكم رقم ك ت/١٠٧/١٨/١٢٩ تاريخ ٢٠١٣/٢/٢٠م، والمتضمن عرض البحث المقدم من الطالبة سميرة جميل محمد الحسون /كلية التربية، بعنوان:

" أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"

واستناداً الى قرار لجنة البحث على الإنسان رقم ٢٠١٣/٩ من جلسة رقم ٦٢ تاريخ ٢٠١٣/٣/٥ يرجى إعلامكم بموافقتنا على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، على أن يتم ذلك بالتنسيق مع الدائرة الطبية في المستشفى والتقيد بالشروط التالية:

١. إشراك طبيب أخصائي أمراض نفسية من مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي.
٢. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٣. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم الا لغايات البحث العلمي.
٤. وضع نسخة من نموذج التفويض الخطي من المريض المشارك في ملفه الطبـي، والاحتفـاظ بنسخة أخرى مع الباحث لابرازها عند الحاجة، علماً بأنه سيتم التأكد من ذلك من خلال التدقيق على ملفات المرضى المشاركين في الدراسة، مع الإلتزام بنموذج الإقرار بالموافقة المعتمد من اللجنة (مرفق مع القرار).
٥. في حال لم يتم إغلاق البحث خلال عام من تاريخ موافقة لجنة البحث على الإنـسان، وتزويـد اللجنة بنتائج البحث، تُعتبر الموافقة ملغاة ضمنياً.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مديـــر عام المستشفى

أ.د.حســـين الحيـــص

نسخة:
- ملسق لجنة البحث على الإنسان
- الدائرة الطبية
- الملف العام

م.ر/رواشدة/ لجنة البحث على الإنسان

Tel.: (962-2) 7200600 Fax: (962-2) 7095777 P.O.Box: (630001) Irbid (22110) Jordan Email: kauh@just.edu.jo






مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي
King Abdullah University Hospital

مكتب المدير العام
General Director Office

هاتف: ٧٢٠٠٦٠٠ (٢-٩٦٢) فاكس: ٧٠٩٥٧٧٧ (٢-٩٦٢) ص.ب (٦٣٠٠٠١) اربد (٢٢١١٠) الأردن

الرقم: ٨١/٧/١٢٨٩ Ref.
التاريخ: ٢٦ جمادي الأولى ١٤٣٤ هـ Date:
الموافق: ٢٠١٣/٤/٨ م

الأستاذ الدكتور عميد كلية التربية/ جامعة اليرموك المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

إشارة الى كتابكم رقم ك ت/١٠٧/١٨/١٢٩ تاريخ ٢٠١٣/٢/٢٠م، والمتضمن عرض البحث المقدم من الطالبة سميرة جميل محمد الحسون /كلية التربية، بعنوان:

" أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"

واستنادا ً الى قرار لجنة البحث على الانسان رقم ٢٠١٣/٩ من جلسة رقم ٦٢ تاريخ ٢٠١٣/٣/٥ يرجى إعلامكم بموافقتنا على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، على أن يتم ذلك بالتنسيق مع الدائرة الطبية في المستشفى والتقيد بالشروط التالية:

١. إشراك طبيب أخصائي أمراض نفسية من مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي.
٢. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٣. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم الا لغايات البحث العلمي.
٤. وضع نسخة من نموذج التفويض الخطي من المريض المشارك في ملفه الطبي، والاحتفاظ بنسخة أخرى مع الباحث لابرازها عند الحاجة، علماً بأنه سيتم التأكد من ذلك من خلال التدقيق على ملفات المرضى المشاركين في الدراسة، مع الإلتزام بنموذج الإقرار بالموافقة المعتمد من اللجنة (مرفق مع القرار).
٥. في حال لم يتم إغلاق البحث خلال عام من تاريخ موافقة لجنة البحث على الإنسان، وتزويد اللجنة بنتائج البحث، تُعتبر الموافقة ملغاة ضمنيا.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

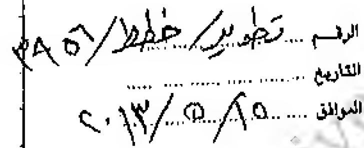
مديـــر عام المستشفى

أ.د.حســـين الحيـــص

نسخة:
- منسق لجنة البحث على الإنسان
- الدائرة الطبية
- الملف العام

م.رواشدة/ لجنة البحث على الإنسان

Tel.: (962-2) 7200600 Fax: (962-2) 7095777 P.O.Box: (630001) Irbid (22110) Jordan Email: kauh@just.edu.jo



الرقم تطوير/خطط/٢٩٥٦
التاريخ
الموافق ١٥/٥/٢٠١٣

مدير مستشفى المركز الوطني للصحة النفسية
مدير مستشفى الاميرة بسمه التعليمي
مدير مستشفى جرش الحكومي

تحية طيبة وبعد ،،،

ارفق طيا صورة عن كتاب مدير مستشفى البشير / رئيس لجنة اخلاقيات البحث العلمي رقم م ب ا/ لجنة اخلاقيات /٧٩٧٣ تاريخ ١٣/٥/ ٢٠١٣ المتضمن الموافقة لطالبة الدكتوراة سميره جميل محمد الحسون اجراء بحث بعنوان :-

" اثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الاكتئاب "

وذلك عن طريق توزيع الاستبيان على المرضى النفسيين المصابين بالاكتئاب في المستشفيات المشار اليها اعلاه .

ارجو التكرم بالايعاز لمن يلزم بتسهيل مهمة الباحثه اعلاه .

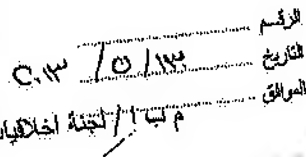
واقبلوا الإحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتـــورة فدوى الشوابكة

ع ع

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس ٥٦٨٨٢٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني www.moh.gov.jo



الرقم ....
التاريخ ١٣/ ٥/ ٢٠١٣
الموافق ....

م ب ا / لجنة اخلاقيات/ ٧٩٧٣

مدير تطوير الموارد البشريه

تحيه طيبه وبعد ،،،

اشـــاره لكتـــابكم رقـــم تطـــوير / خطـــط /٣٣٩٠ تـــاريخ ٢٠١٣/٤/٣٠ بخصوص البحث المقدم من طالبة الدكتوراه / سميره جميل محمد الحسون .

بعنـــوان :

" اثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الاجتماعي في تقليل الوصمه لدى مرضى الاكتئاب "

يرجى التكرم بالعلم بانه قد " تم عرض البحث على لجنة اخلاقيـــات البحـــث العلمي وقد قررت اللجنه الموافقه على اجراء البحث المشار اليه اعلاه .

للتكرم بالاطلاع واجراءاتكم لطفا .

واقبلوا الاحترام

مدير مستشفى البشـــير

الدكتور عصام الشريده

ص ب /رس

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس ٥٦٨٨٢٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني www.moh.gov.jo

YARMOUK UNIVERSITY
Office of the President



جامعة اليرموك
مكتب الرئيس

Date: ....

Reference: ....

التاريخ : ر/١٠٧/٠٠١٢٠٠ هـ

الموافق : ١٢/جمادي الاخرة/١٤٣١ م

الرقم : ٤/نيسان/٢٠١٢

معالي وزير الصحة الأكرم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة سميرة جميل محمد الحسون

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الطالبة سميرة جميل محمد الحسون، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٤٤)، بدراسة بعنوان "أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية "تربية، تخصص إرشاد نفسي، ويستدعي ذلك تطبيق أدوات الدراسة (استبانه، اختبار، برنامج الدعم النفسي الإجتماعي) على عينة من المرضى النفسيين المصابين بالإكتئاب في المستشفيات الأردنية: (الفحيص، الأميرة بسمة، جرش الحكومي).

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

شاكراً لكم تعاونكم مع الجامعة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس الجامعة

أ.د. عبدالله الموسى

تلفون: ٧٢١١١١١ - ٢ - ٩٦٢ فاكس: ٧٢١١١٣٣-٢-٩٦٢ اربد - الأردن
www.yu.edu.jo P.O. Box 566, Irbid, Jordan P: +962 2 7211111 F: +962 2 7211133 E-mail: yarmouk@yu.edu.jo president@yu.edu.jo

جامعـــة اليرمـــوك

YARMOUK UNIVERSITY



كليـــة التربيـــة
مكتـــب العميـــد

الرقم : ك ت/١٠٧/١٨/١٢٩

التاريخ : ١٠ /ربيع الآخر/ ١٤٣٤هـ

الموافق : ٢٠ / شباط / ٢٠١٣م

الدكتور رئيس لجنة البحث عن الإنسان المحترم
مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي

تحية طيبة وبعد،،،

تشهد إدارة عمادة كلية التربية بأن الطالبة سميرة جميل محمد الحسون، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٤٤)، من الطالبات المسجلات في برنامج الدكتوراه، تخصص إرشاد نفسي بكلية التربية، جامعة اليرموك. وقد تم اعتماد مخطط دراستها المعنون بـ: "أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"، وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة بشأن تطبيق أدوات دراستها على عينة من المصابين بمرض الإكتئاب.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

عميد كلية التربية

أ.د. أمل الخصاونة

تلفون : ٧٢١١١١١ - ٢ - ٩٦٢ + فاكس : ٧٢١١١٩٩ - ٢ - ٩٦٢ + اربد - الأردن
E-mail: fac-edu@... http://www.yu.edu.jo Fax: ... 7211199 Irbid - Jordan



جامعـــة اليرمـــوك
YARMOUK UNIVERSITY

كليــة التربيــة
مكتـــب العميـــد

الرقم : ك ت/١٠٧/ع ١١
التاريخ : ٨/ ربيع الآخر / ١٤٣٤هـ
الموافق : ١٨/ ٢/ شباط / ٢٠١٣م

الدكتور مدير مستشفى الأميرة بسمة التعليمي المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة سميرة جميل محمد الحسون

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الطالبة سميرة جميل محمد الحسون، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٤٤)، بدراسة بعنوان **"أثر برنامج لمجموعة الدعم النفسي الإجتماعي في تقليل الوصمة لدى مرضى الإكتئاب"**؛ وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي، ويستدعي ذلك تطبيق أدوات الدراسة (استبانه، اختبار، برنامج الدعم النفسي الإجتماعي) المرفقة على عينة من المرضى النفسيين المصابين بالإكتئاب.

أرجـو التكرم بالاطلاع والموافقـة على تسهيـل مهمـة الطالبة المذكـورة أعـلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية

أ.د. أمل الخصاونـة

تلفون : ٧٢١١١١١ - ٢ - ٩٦٢ + فاكس : ٧٢١١١٩٩-٢-٩٦٢ + اربد - الأردن
Tel: +962 - 2 - 721111 Fax : + 962 - 2-7211199 Irbid - Jordan E-mail: fac_edu@yu.edu.jo http://www.yu.edu.jo

Abstract

Al-Hassoun. Sameera. The Effect of Psychosocial Support Group Program in Decreasing the Stigma of Depressed Patients. PhD Dissertation. Yarmouk University. 2013 (Supervisor: Dr. Ra'ad Lefta Al-shawi).

The purpose of this study is to identify the effect of psychosocial support group program in decreasing the stigma of depressed patients. To achieve the aim of this study the researcher administrated two questionnaires, the self-stigma scale consisted of (41) items distributed into four domains (psychological, social, discriminative and spiritual) and Beck depression scale. The researcher selected a purposeful sample of the mental patients population totaling (212) individuals. The sample of the study consists of (28) male and female patients who have scored the highest degree on stigma and agreed to participate. The sample was divided into two equal groups; an experimental consisted of (14) male and female patients followed a counseling program for the psychosocial support group within (14) sessions in seven weeks, and a control group consisted of (14) male and female patients who didn't agree to participate in the counseling program.

The findings of the study showed that there is an effect for the psychosocial support group program in reducing the self stigma among depressed patients. There are significant statistical differences at the level of (α = 0.05) in the mental stigma before and after applying the psychosocial support group program on the experimental group in the favor of the post-test through reducing stigma feelings. Moreover, there were no significant statistical differences on all the values of the items distribution

between the post-test and the follow up measure in the favor of the program effect continuity. The findings of the study showed that the extent of mental stigma among depressed patients is (72%) as the discriminative domain was in a high level with a rate of (80%).

The study concludes that there is an increasing need of establishing local national programs to fight the mental disorder's stigma in Jordan with the cooperation of all interested bodies. The study emphasizes on the Activation of the role of the psychological counselors in all hospitals and mental health centers. Moreover, establishing local and regional programs of psychosocial support groups to face the circumstances and crises in the region and qualifying psychological counselors to conduct such programs. The study recommends increasing the educative campaigns for mental patients to know their humanitarian, social and legal rights and encouraging them to design evaluate and execute the designed programs to fight stigma. Finally, cooperating with regional and international institutions to fund such programs as well as financing the psychological experimental studies.

Key words: Program, psychosocial support group, Stigma, Depression.